



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

Agressions sexuelles dans la région Lilloise

Etude descriptive rétrospective sur 3 ans

Présentée et soutenue publiquement le 03 Juin 2016 à 14h
Pôle Recherche

Par Thomas TOURNEUR

JURY

Président :

Monsieur le Professeur V. HEDOUIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur C. BERKHOUT

Monsieur le Docteur G. TOURNEL

Monsieur le Docteur P. HANNEQUART

Monsieur le Docteur E. LAURIER

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur E. LE GARFF

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

CP	Code Pénal
CPP	Code de Procédure Pénale
CSP	Code de Santé Publique
IML	Institut médico-légal
ITT	Incapacité totale de travail
ONU	Organisation des Nations Unies
PACS	Pacte civil de Solidarité
UMJ	Unité médico-judiciaire
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C

Table des matières

I.	Résumé	1
II.	Introduction	2
1)	<u>Rappels historiques</u>	2
2)	<u>Le droit Français de nos jours</u>	4
a.	<u>Le viol</u>	5
b.	<u>Les agressions sexuelles</u>	7
3)	<u>Prise en charge des victimes au CHRU de Lille</u>	8
4)	<u>Objectifs de l'étude</u>	9
III.	Matériels et méthodes	10
1)	<u>Population</u>	10
2)	<u>Données étudiées</u>	10
3)	<u>Recueil des données et confidentialité</u>	12
4)	<u>Analyses statistiques</u>	13
5)	<u>Devenir judiciaire</u>	14
IV.	Résultats	15
1)	<u>Caractéristiques des victimes</u>	15
a.	<u>Age et sexe</u>	15
b.	<u>Situation sociale et matrimoniale</u>	16
c.	<u>Antécédents des victimes</u>	17
1.	Antécédents médicaux	17
2.	Antécédents chirurgicaux	18
3.	Traitements	18
d.	<u>Contraception et antécédents gynécologiques</u>	19
1.	Contraception	19
2.	Virginité lors de l'agression	20
3.	Grossesse(s) antérieure(s) aux faits décrits	21
4.	Parité	22
e.	<u>Facteurs de vulnérabilité des victimes</u>	23
2)	<u>Caractéristiques de l'agression</u>	24
a.	<u>Lieu</u>	24
b.	<u>Saison</u>	25
c.	<u>Délai avant consultation</u>	25
d.	<u>Auteur(s) présumé(s) de l'agression</u>	27
1.	Nombre(s)	27
2.	Qualité	27
e.	<u>Pénétration(s)</u>	29
f.	<u>Ejaculation(s)</u>	30
g.	<u>Préservatif(s)</u>	32
h.	<u>Toxiques consommés par la victime</u>	32
3)	<u>L'examen médical</u>	33
a.	<u>Mois de l'examen</u>	33
b.	<u>Circonstances de l'examen</u>	34
c.	<u>Lieu de l'examen</u>	34
d.	<u>Médecin(s) présent(s)</u>	35

e.	<u>Lésions physiques extra-buccales et extra-pelviennes</u>	36
f.	<u>Nature et topographie des lésions physiques</u>	37
g.	<u>L'examen gynécologique</u>	38
1.	Lésions observées selon le délai de prise en charge	38
2.	Lésion génitale selon l'agent pénétrant	39
h.	<u>Retentissement psychologique</u>	40
4)	<u>Les conclusions</u>	42
a.	<u>Compatibilité avec les faits décrits par la victime</u>	42
b.	<u>Comparaison des conclusions selon la présence de lésions génitales</u>	43
c.	<u>Comparaison des conclusions selon la présence de lésions extra-génitales</u>	44
d.	<u>L'incapacité totale de travail</u>	45
5)	<u>Prélèvements</u>	45
a.	<u>Généralité</u>	45
b.	<u>Prélèvements génétiques</u>	46
c.	<u>Prélèvements toxicologiques</u>	47
d.	<u>Prélèvements à but thérapeutique</u>	47
e.	<u>Thérapeutiques administrées</u>	48
f.	<u>Complications</u>	49
6)	<u>Tests statistiques</u>	50
7)	<u>Devenir judiciaire</u>	50
V.	Discussion	51
1)	<u>Caractéristiques des victimes</u>	51
2)	<u>Caractéristiques de l'agression</u>	56
a.	<u>Lieu et délai avant consultation</u>	56
b.	<u>Le(s) auteur(s)</u>	57
c.	<u>L'acte sexuel</u>	58
3)	<u>L'examen médical</u>	59
a.	<u>Lieux et circonstances de l'examen</u>	59
b.	<u>Lésions physiques extra-génitales</u>	60
c.	<u>Lésions physiques génitales</u>	61
d.	<u>Retentissement psychologique</u>	64
4)	<u>Les conclusions</u>	66
5)	<u>Les prélèvements effectués</u>	66
6)	<u>Tests statistiques</u>	68
7)	<u>Devenir judiciaire</u>	68
VI.	Conclusion	69
VII.	Références bibliographiques	70
VIII.	Annexes	76

I. Résumé

Les violences sexuelles sont fréquemment rencontrées en pratique médico-légale.

Le travail a recueilli les informations de 769 certificats de victimes d'agressions sexuelles reçues à l'Unité Médico-Judiciaire au CHRU de Lille entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2014. Les caractéristiques des victimes, de l'agression, de l'examen médical et de prélèvements biologiques à l'issue ont été collectées et des comparaisons entre certaines données ont été réalisées par des tests de Chi2.

La majorité des victimes étaient jeunes (62% de mineures), de sexe féminin (86,7%) et le principal facteur de vulnérabilité était l'âge inférieur à 15 ans (45,6%). L'agresseur était généralement unique (81,7%), connu de sa victime (70,7%), voire membre du cercle familial (32,7%). L'examen médical était généralement fait à distance des faits (39,4% d'examens en urgence). En situation d'urgence, le médecin était en capacité de se prononcer sur la compatibilité entre les lésions et les faits décrits dans 23,5% et procédait généralement à des prélèvements biologiques (94,5% avec au moins un prélèvement génétique ou toxicologique). A l'inverse, la compatibilité entre examen médical et faits décrits a été retenue dans 9,6% des cas et moins d'une victime sur 10 (9,9%) a bénéficié d'un prélèvement lors des examens à distance (c'est à dire après 72h). Un délai de consultation inférieur à 72h était corrélé statistiquement avec la possibilité de conclure pour le médecin ($X^2=36,50$). De même, la présence de lésions extra-génitales ou génitales est associée à la possibilité de conclure pour le médecin ($X^2=11,6$) et entre la présence de lésion génitale et le délai de consultation inférieur à 72h ($X^2=4,44$). Les suites judiciaires ne nous ont pas été transmises et n'ont pas pu être étudiées.

Les violences sexuelles restent probablement sous déclarées et il existe toujours un délai important entre les faits et l'examen, notamment pour les victimes mineures. Le délai avant consultation est apparu comme le paramètre le plus important au cours de la prise en charge des victimes. A l'heure actuelle moins d'une victime sur deux est examinée en urgence, il serait bénéfique de réduire ce délai à l'avenir, en particulier pour les victimes mineures.

II. Introduction

1) Rappels historiques

La notion de violence sexuelle est très ancienne. Cette problématique a différemment été considérée et traitée dans l'histoire selon de multiples facteurs : les époques, les lieux, les civilisations...

Dès les premiers écrits connus à ce jour, le sujet est explicitement abordé. Ainsi, dans le code d'Hammourabi (6ème roi de Babylone, aux environs de 1750 Av. JC), le viol est sanctionné par la mort et l'inceste par le bannissement. Ce code législatif restait cependant incomplet sur bon nombre de problématiques. Par exemple, la notion de consentement n'y apparaît pas et seuls les rapports hors mariages sont dénoncés et sont passibles de sanctions. (1)

Dans l'antiquité, et plus particulièrement au 2^{ème} siècle ap. JC, les pratiques sexuelles « autorisées » et celles « déviantes » ont été plus clairement définies : c'est à cette occasion que sont créés certains termes sémantiques comme le mot pédophilie. (2)

Les pratiques sexuelles de l'antiquité différaient cependant fortement selon l'endroit et le mode de vie :

- En Grèce : la cité ne comportait aucune institution éducative. L'enfant était confié à un homme d'âge mur, l'Eraste dès le début de l'adolescence. Cet adulte avait pour mission de l'instruire et de lui apprendre la vie en société. Cette relation de binôme maître-élève est décrite dans la littérature comme initialement platonique, mais elle devenait la plupart du temps une relation avec un contenu sexuel. Dans ce contexte, ces relations étaient donc généralement doublées du caractère pédophile de l'acte. Par ailleurs, ce type d'encadrement éducatif n'était réalisé qu'entre individus de même sexe. Ces relations lorsqu'elles devenaient sexuelles étaient donc homosexuelles et sont décrites comme connues de tous et tolérées sous couvert du respect de quelques règles, comme celles consistant à se marier et à être vu en public avec son épouse. (1)

- Dans le même temps, en Europe, l'empire Romain gouvernait. Les pratiques sexuelles dépendaient du rang social des individus : l'homme de classe

sociale supérieure (considéré comme « actif ») pouvait entretenir librement des rapports avec tous ceux de classe inférieure à la sienne comme les prostituées ou les esclaves, qui ne pouvaient s'y soustraire (1). Les individus de classe sociale inférieure dit « passifs » étaient donc réduits à l'état d'objets sexuels sur lesquels les maîtres avaient tous les droits, y compris la castration. La notion de viol n'existait qu'entre individus libres. La reconnaissance du viol ne prenait pas en compte la victime ou le dommage qu'elle avait subi. Le viol était sanctionné par rapport au trouble à l'ordre public qu'il créait et par rapport à la remise en question de l'autorité de l'état. La sanction encourue pouvait être une simple amende pécuniaire, des sanctions physiques telles des coups de bâton, voire la peine de mort. (1)

Le moyen-âge (5^{ème} – 15^{ème} siècle ap. JC) est quant à lui marqué par la domination de la religion en Europe (1). L'Eglise énonçait alors qu'elles étaient les pratiques sexuelles non admissibles dont la dénomination était le « péché sexuel ». Cette notion d'interdit regroupait les pratiques sexuelles comme l'adultère, la sodomie, l'inceste et la fornication (c'est-à-dire rapports hors mariage). Le viol n'était alors pas reconnu comme un acte délictuel ou criminel. Ce type de fait était même régulièrement pratiqué comme rite initiatique ou lors de fêtes. La victime n'était pas reconnue comme telle et pouvait même se voir condamner par la justice ecclésiastique pour rapport hors mariage. (3)(4). C'est le type ou la circonstance du rapport sexuel qui était condamné et non l'absence de consentement.

Ce n'est que plus récemment que la notion d'agression sexuelle est clairement reconnue en tant que telle. En France après la révolution, l'article 29 du code pénal de 1791 définit pour la première fois le viol comme un crime et un attentat aux personnes. Cependant les sanctions restaient modestes et existaient sous la forme d'un dédommagement financier des victimes ou sous forme de punition corporelle (comme des coups de fouet) sur l'auteur des faits. Ces sanctions étaient définies en fonction de l'appartenance sociale de l'accusé et de la victime. Ce cadre législatif décriminalisait certaines pratiques comme l'homosexualité (5), mais excluait encore bon nombre de cas de figure, comme le viol entre époux (6) ou la pédophilie, avec un seuil d'âge alors fixé à 12 ans. (7)

Le Code Pénal Napoléonien de 1810 a légiféré sur la question des violences sexuelles (8). L'intégralité des violences sexuelles sont alors regroupées dans le

chapitre « attentat aux mœurs ». Le terme de viol n'était pas clairement défini afin de laisser aux magistrats une certaine liberté dans leur jugement. Pendant longtemps la jurisprudence voulait que le viol ne soit retenu qu'en cas de violence associée. Le viol entre époux n'était quant à lui pas reconnu. Le viol d'un homme par sodomie ou fellation forcée n'avait pas d'existence juridique et ne pouvait être reconnu. Les faits étaient qualifiés d'attentat à la pudeur.

Plusieurs éléments de notre code pénal actuel figurent déjà dans celui de 1810, à savoir :

- La classification des crimes sexuels (agression sexuelle, sans pénétration par définition et viol).
- Plusieurs circonstances aggravantes y sont décrites comme l'âge de la victime inférieur à 15 ans ou l'autorité de l'agresseur sur la victime

En 1857, l'arrêt Dubas (8)(9), toujours en vigueur, introduit dans la loi les éléments de surprise ou de contrainte morale : la violence physique n'est plus nécessaire pour caractériser le viol.

Le cadre juridique a encore été enrichi dans les temps modernes, principalement au cours du XX^{ème} siècle. Sur le plan international, l'ONU, proclame certains nombres de droits fondamentaux dits « de l'Homme » lors de sa création en 1945 (10). Parmi ces droits, la protection des femmes contre les violences sexuelles est proclamée. Les droits de l'Homme obligent les états qui rejoignent l'ONU à prendre les mesures nécessaires à la protection de la femme et donc à légiférer. Chaque état membre a donc adapté sa législation pour reconnaître et condamner les crimes sexuels. Le cas de la France sera détaillé dans le chapitre suivant.

2) Le droit Français de nos jours

La définition du viol telle que nous la connaissons actuellement et considéré comme un fait criminel apparaît dans la loi Française en 1980. La réforme du code pénal de 1992, entré en vigueur en 1994, introduit le concept de menace et modifie entièrement l'échelle des peines.

Les agressions sexuelles constituent une catégorie d'infractions à part entière. Il s'agit de la section III du chapitre II : atteinte à l'intégrité physique ou psychique de

la personne, qui est contenue dans le second livre du Code Pénal intitulé « crime et délits contre les personnes ».

L'article 222-22 stipule « constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise » (11). Il est ici précisé que l'agression peut être constituée quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime. Cette notion est celle du viol entre époux, qui entre en vigueur en 2006 de façon claire en ajoutant néanmoins une présomption de consentement « le viol et les autres agressions sexuelles sont constitués lorsqu'ils ont été imposés à la victime dans les circonstances prévues par la présente section, quelle que soit la nature des relations existantes entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage. Dans ce cas, la présomption de consentement des époux à l'acte sexuel ne vaut que jusqu'à preuve du contraire »

Le code pénal distingue le viol (1er paragraphe de la section III), des « autres agressions sexuelles » (2ème passage de la section III). Le viol est caractérisé par un acte de pénétration sexuelle. Ce type de fait est jugé en Cour d'Assises. Les autres agressions sexuelles, qualifiées par la loi de « stricto sensu », et dépourvues d'acte de pénétration, sont jugées au Tribunal Correctionnel.

a. Le viol

Le terme de viol est défini par l'article 222-23 du code pénal comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menace ou surprise ».

Trois éléments sont nécessaires à la qualification judiciaire du viol :

- l'acte de pénétration lui-même. Il peut s'agir de toute introduction d'un corps étranger par un agresseur dans n'importe quel orifice d'une victime.
- L'absence de consentement. C'est ce qui distingue le viol des rapports sexuels normaux et en fait une infraction. L'absence de consentement ne signifie pas forcément une opposition virulente de la victime ou la contrainte. La contrainte sans violence physique, par la menace, constitue également une absence de consentement. L'abus d'autorité, ou la surprise sont également retenus comme caractérisant l'absence de consentement. Enfin les situations de handicaps permanents (retard mental, handicap physique...) ou provisoires (ébriété,

inconscience, prise de toxique...) peuvent entraîner une impossibilité de consentir eux aussi.

- L'intention de l'auteur. Il faut que l'agresseur présumé ait conscience de l'absence de consentement de sa victime au moment des faits. Dans le cas contraire, s'il est prouvé que l'auteur s'est mépris quant au consentement de la victime, la qualification de viol ne peut être retenue (12).

Le viol, en l'absence de circonstance aggravante ou de récidive de l'auteur, est puni de 15 ans de réclusion criminelle. Cependant de multiples circonstances aggravantes peuvent être prises en compte et la sanction majorée. La peine est alors généralement élevée à 20 ans de réclusion criminelle.

Certains de ces facteurs aggravants sont liés à la qualité de la victime et d'autres à celle de l'auteur :

- Viol commis sur un mineur de moins de 15 ans
- Viol commis sur personne vulnérable
- Viol commis en raison de l'orientation sexuelle de la victime
- Viol commis par un ascendant ou une personne ayant autorité sur la victime
- Viol commis par une personne abusant de l'autorité que lui confèrent ses fonctions
- Viol commis par le conjoint / concubin / partenaire lié par PACS ou ex conjoint / ex concubin / ex partenaire lié par un PACS

Certaines circonstances aggravantes sont liées au déroulement des faits :

- Viol commis par plusieurs personnes
- Viol commis avec l'usage d'une arme ou sous la menace d'une arme
- Actes de torture ou de barbarie commis en plus du viol. La peine est cette fois-ci la réclusion criminelle à perpétuité

Enfin on retrouve des circonstances aggravantes liées aux conséquences du viol :

- Viol ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente

- Viol ayant entraîné la mort de la victime. La peine est de 30 ans de réclusion criminelle dans ce cas là

b. Les agressions sexuelles

Il s'agit donc de toute agression de nature sexuelle dépourvue de pénétration. Il s'agit d'un délit, qui sera jugé par le tribunal correctionnel. (13)

La définition regroupe de multiples infractions: les attouchements, l'exhibition, le harcèlement, mais aussi les « atteintes sans contact » comme par exemple le fait de filmer une personne dans une cabine d'essayage à son insu.

En l'absence de circonstance aggravante, ces agressions sont punies de 5 ans d'emprisonnement et 75 000€ d'amende (selon l'article 222-27 du code pénal)

Là encore, certaines circonstances aggravantes peuvent alourdir la peine encourue. Cette sanction pénale pourra passer à 7 ans d'emprisonnement et 100 000€ d'amende en cas de présence d'un des facteurs aggravants suivant :

- Présence de blessure ou de lésion
- Lorsque l'auteur a un ascendant ou une autorité sur la victime
- Lorsqu'il y a plusieurs auteurs
- Lorsqu'elle est commise avec la menace ou l'usage d'une arme
- Lorsque la victime a rencontré l'auteur via un réseau de communication électronique
- Lorsque la victime et l'auteur sont conjoints, mariés ou pacsés
- Lorsque l'auteur est sous l'emprise de l'alcool ou de drogues
- Lorsque la victime est vulnérable de part son âge, une maladie, une infirmité, une déficience physique ou psychique, un état de grossesse apparent

A noter que la peine encourue sera portée à 10 ans d'emprisonnement et 150 000€ d'amende si la victime est un mineur de moins de 15 ans.

Enfin, la tentative de viol ou la tentative d'agression sexuelle sont punies de la même façon que si l'acte a été réalisé au titre de l'article 222-31 du Code Pénal.

3) Prise en charge des victimes au CHRU de Lille

L'examen des victimes de violences sexuelles au CHRU de Lille se fait exclusivement dans le cadre de la réquisition judiciaire. Cette réquisition est une procédure par laquelle une autorité judiciaire ou administrative demande à un médecin d'effectuer un acte médico-légal (Art 60 CPP), c'est-à-dire généralement réaliser l'examen clinique et rédiger un rapport des constatations. Le médecin ainsi requis doit effectuer la mission et ne peut s'y soustraire (Art 642-1 CP et Art L. 4163-7 CSP). Le certificat rédigé est alors confié à l'autorité requérante et non à la victime.

Au CHRU de Lille, l'accueil des victimes de violences sexuelles est coordonné à l'UMJ de l'hôpital Roger SALENGRO. Le service reçoit en consultation tous les jours du lundi au vendredi de 09h à 18h. En dehors de ces heures une astreinte assure une permanence médico-légale 24h sur 24 et 7 jours sur 7 pour ce type de prise en charge. Cette permanence est notamment justifiée par l'urgence médicale (risque de séroconversion au VIH, au VHC et au VHB) et judiciaire (collecte de preuves cliniques, génétiques et toxicologiques) que constituent les violences sexuelles. Pour ces situations, les services de police et de gendarmerie disposent des listes d'astreinte pour contacter directement le médecin légiste.

L'examen des victimes se fait en dualité d'expert dans le cas de l'urgence, c'est à dire lorsque les faits datent de moins de 72 heures. Cette procédure permet, notamment pour les victimes de sexe féminin de limiter le nombre d'exams gynécologiques. Le médecin légiste effectue alors l'examen avec un gynécologue lorsqu'il s'agit d'une victime féminine majeure ou mineure de plus de 15 ans et 3 mois et avec un pédiatre pour tout mineur de moins de 15 ans et 3 mois. En urgence, l'examen d'une victime de sexe masculin de plus de 15 ans et 3 mois peut être faite avec un urgentiste ou par le médecin légiste seul avec orientation de la victime aux urgences au décours de l'examen sur réquisition. En dehors de la situation de l'urgence (c'est à dire au delà de 72 heures après les faits), l'examen sur réquisition est réalisé par le médecin légiste seul. La victime est par la suite orientée vers les services de soins pour que la prise en charge médicale (risque de séroconversion au VIH, VHB et VHC et risque de grossesse).

4) Objectifs de l'étude

De nombreux travaux, récents ou anciens ont étudié les violences sexuelles (14) (15). Ces travaux ont exploré le phénomène de façon très diverse, mettant en général l'accent sur les lésions observées lors de l'examen (génitales comme extra génitales), le type d'agression ou les données relatives à la victime.

Ces études et leurs auteurs ne s'intéressaient qu'à certaines catégories de victimes. Par exemple, elles n'incluaient que les patients majeurs, ou encore uniquement ceux qui alléguaient un acte de pénétration (donc exclusivement les viols). De plus, les conclusions tirées des certificats rédigés n'y ont pas été étudiées. Enfin, la corrélation entre les constatations cliniques, les résultats des prélèvements génétiques et les résultats de l'enquête judiciaire a peu été réalisée dans le champ de la médecine légale ou de la médecine d'urgence.

L'objectif principal de cette étude est de rapporter les caractéristiques de la population reçue en consultation médico-légale dans le cadre de violences sexuelles, les caractéristiques de l'agression, les constatations médico-légales, et de comparer ces données aux conclusions établies par le médecin légiste dans son rapport. L'objectif secondaire de ce travail est d'observer la corrélation entre les constatations et conclusions médico-légales avec les résultats génétiques et ceux de la procédure judiciaire.

III. Matériels et méthodes

Le travail effectué est une étude descriptive, rétrospective et mono-centrique réalisée au CHRU de Lille dans le service de médecine légale sur une série de cas de victimes prise en charge pour violences sexuelles entre 2012 et 2014.

1) Population

L'étude concerne les victimes d'agression sexuelle examinées au CHRU de Lille pour lesquelles un certificat médical descriptif a été établi.

L'intégralité des personnes examinées dans ce cadre entre le 1er janvier 2012 et le 31 décembre 2014 ont été incluses. Il n'a pas été fait de distinction concernant les caractéristiques des victimes (l'âge, le sexe etc.) ou le type de prise en charge (délai inférieur ou supérieur à 72 heures, activité de jour ou permanence de nuit).

2) Données étudiées

La rédaction des certificats médicaux s'est effectuée de façon standardisée. Il existe en effet dans le service une trame de recueil des données de violences sexuelles appelé tryptique. Cette trame permet de noter de façon manuscrite les informations et de rédiger un certificat médico-légal à la fin de la prise en charge de la victime. Lorsque le médecin préfère rendre une version informatisée de son travail, il utilise généralement cette trame comme outil de prise de note.

Les informations contenues sur ces certificats ont été récoltées et intégrées dans une base de données de façon systématique à l'aide d'une trame de recueil de données créée pour l'occasion.

Les informations récoltées comprenaient :

- Caractéristiques de la victime :
 - Générales : sexe, date de naissance et âge
 - Médicales : antécédents médicaux, chirurgicaux, traitements, présence ou non d'une contraception, existence ou non de rapports sexuels

- consentis antérieurs aux faits, nombre de grossesses et d'enfants, antécédents de viols ou d'abus sexuel.
- Sociale et professionnelle : situation maritale, présence ou non d'une activité professionnelle.
 - Facteurs de vulnérabilités : âge, grossesse en cours, hospitalisation, retard mental, tutelle/curatelle, handicap physique ou moteur.
- Précisions concernant les faits décrits :
- Lieu et date de l'agression rapportée
 - Auteur(s) : nombre, connu ou non de la victime et lien de parenté s'il existe
 - Type d'agression : présence ou non d'une pénétration, son type (pénienne, digitale ou objet), le lieu (buccale, vaginale, anale), survenue ou non d'une éjaculation, présence ou non d'un préservatif.
 - Consommation ou non de toxiques par la victime et lesquels.
- Résultats de l'examen médical :
- Date et lieu de l'examen.
 - Présence d'un médecin légiste et/ou d'un autre médecin (gynécologue, pédiatre, urgentiste, etc.).
 - Présence ou non de lésions physiques extra-génitales.
Dans le cadre de violences sexuelles, l'examen cutané recherche surtout des signes d'empoignade, caractérisés par les ecchymoses de la face externe des bras, ainsi que des ecchymoses de la face interne des cuisses, qui sont évocatrices d'un écartement forcé des jambes.
 - Examen gynécologique : présence ou non de lésion de l'hymen, de la vulve, endovaginale, anale, buccale, présence ou non d'une défloration au sens médicolégal (c'est-à-dire déchirure de l'hymen s'étendant jusque la paroi vaginale) et/ou défloration ancienne.
 - Existence ou non d'un retentissement psychologique (évalué selon les critères DSM IV) (16)

- Conclusion du certificat médical :
 - o Compatibilité ou non entre les lésions observées au cours de l'examen et les faits décrits par la victime.
 - o Présence ou non de jour d'incapacité totale de travail (ITT), au sens pénal du terme.
L'ITT correspond à « *la durée pendant laquelle une victime éprouve une gêne notable dans les actes de la vie courante (manger, dormir, se laver, s'habiller, faire ses courses, se déplacer, se rendre au travail)* » (17).

- Prélèvements réalisés lors de la prise en charge :
 - o A visée génétique : Ecouvillons buccaux, anaux, vaginaux, vulvaires, de plaie, d'ongles, prélèvement de cheveux ou de poils, vêtements de la victime, autre.
 - o A visée toxicologique : sang, urine, cheveux.
 - o A visée microbiologique : VHB, VHC, VIH, Herpes, Chlamydiae, Syphilis, Mycoplasme

- Thérapeutiques reçues au décours de l'examen médico-légal :
 - o Contre une grossesse non désirée (contraception d'urgence)
 - o Contre une infection (traitement antirétroviral, antibiothérapie, injection d'immunoglobuline anti VHB...)

- Complications survenues :
 - o Grossesse
 - o Infection(s) : VHB, VHC, VIH, autre

3) Recueil des données et confidentialité

Les informations contenues dans les certificats ont été collectées dans la base de données précédemment décrite après avoir été anonymisées. Un numéro d'identification propre à l'étude a été attribué à chaque certificat. Les éléments permettant d'identifier les victimes à savoir la date de naissance, le numéro de

procédure ou le nom/prénom ont été supprimés de la base de données. Le fichier contenant ces données a été sécurisé par un chiffrement. Le logiciel utilisé a été Excel® (2007, version Windows).

La base de données a fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) sous le numéro 1948555.

Au total 872 personnes ont été examinées pour la prise en charge de violences sexuelles durant les 3 années que couvre ce travail. 769 certificats ont été intégrés à la base de données pour analyse.

4) Analyses statistiques

L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel Excel® (version Windows 2007). Les données ont été traitées de façon descriptive (proportion, moyenne et écart type) pour chaque problématique (caractéristiques des victimes, des faits allégués etc.) avec schématisation des proportions.

Par ailleurs, des tests de Chi2 ont été réalisés pour mesurer la présence ou l'absence d'un lien significatif entre plusieurs paramètres :

- Présence d'au moins une lésion génitale et présence de plusieurs agresseurs.
- Possibilité de conclure à la compatibilité entre les lésions observées et les faits décrits et délai inférieur à 72h.
- Possibilité de conclure à la compatibilité entre les lésions observées et les faits décrits et présence de lésions physiques extra-génitales
- Présence d'au moins une lésion génitale et délai inférieur à 72h.
- Présence d'une soumission chimique et présence d'au moins une lésion génitale.
- Présence d'au moins une lésion physique génitale et présence de lésions physiques extra-génitales.
- Présence d'au moins une lésion génitale et conclusion du médecin à la compatibilité entre les lésions observées et les faits décrits.

5) Devenir judiciaire

Dans le cadre du travail présenté, Mme Emmanuelle LAUDIC-BARON (substitut du Procureur de la République près le Tribunal de Grande Instance de Lille, Section de Traitement Immédiat des Procédures) a été contactée et rencontrée afin d'obtenir les données des suites judiciaires des victimes examinées.

Pour cela, numéros de procédure des affaires ont été communiqués.

Les renseignements suivants ont été demandés :

- Juridiction concernée : tribunal correctionnel ou cour d'assises
- Statut de l'enquête : en cours, ordonnance de non lieu ou information judiciaire
- Présence ou non d'une contre-expertise
- Devenir de l'instruction : classement sans suite, condamnation de l'accusé

IV. Résultats

1) Caractéristiques des victimes

a. Age et sexe

Au total 102 hommes ont été reçus soit 13,3% des victimes. Presque 9 cas sur 10 concernaient donc des femmes, qui représentaient 86,7% des cas avec 667 personnes interrogées.

L'âge moyen, tout sexe confondu était de 17,42 ans avec une médiane de 15 ans (écart type de 12,14).

Tout sexe confondu, un peu moins de la moitié des victimes (n=350 soit 45,6%) étaient âgées de moins de 15 ans. Un tiers (n=258 soit 33,6%) étaient dans la catégorie 15-25 ans. Quatre victimes sur cinq (n=609 soit 79%) étaient âgées de moins de 25 ans. Enfin, deux tiers des victimes (n=483 soit 62%) étaient mineures au moment des faits.

L'âge des hommes était de 13,6 ans en moyenne, pour une médiane de 11 ans (écart type de 11,32). L'âge des femmes était de 18 ans pour une médiane de 12,16 (écart-type de 15 ans). Les victimes de sexe masculin étaient donc plus jeunes que celles de sexe féminin.

Tableau 1 : Répartition de la population par rapport au sexe et à l'âge

	Proportion (%)	Âge moyen	Médiane	Ecart-type	Extrêmes
Total n = 769	100	17,42	15	12,44	1 - 87
Hommes n = 102	13,3	13,6	11	11,32	1 - 80
Femmes n = 667	87,7	18	12,16	15	1 - 87

b. Situation sociale et matrimoniale

Dans la population générale, seule 1,6% des personnes interrogées se disaient mariées (n=12), et 5,5% des victimes se déclaraient en concubinage (n=42), soit un total de 7% de personnes en couple (n=54). Ces résultats sont synthétisés dans la figure 1.

71,8% des personnes interrogées se disent célibataires (n=552). La situation matrimoniale demeurait inconnue à l'issue de la consultation pour 21,2% des patients (n=163).

Chez les victimes âgées de moins de 18 ans, la proportion de personne célibataire était de 90,6 % (n=437). Chez les victimes majeures, cette proportion n'était plus que de 29,4% (n=84).

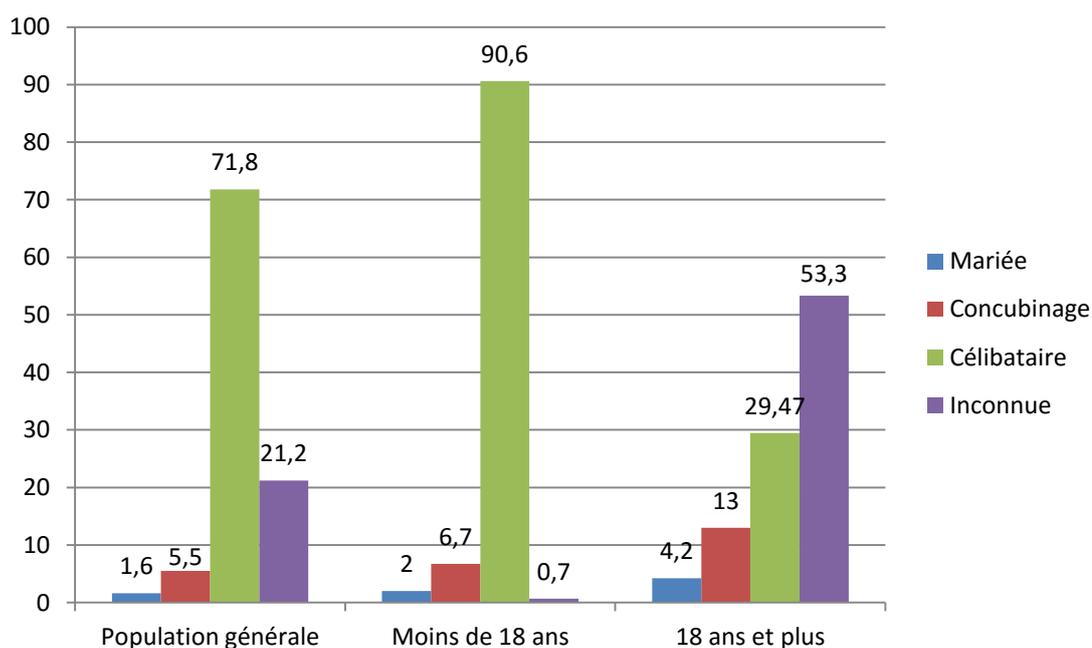


Figure 1 : Situation matrimoniale des victimes (en pourcentage)

Concernant l'activité professionnelle (figure 2), seules 6 victimes, soit 0,8% ont déclaré en exercer une.

67,02% des personnes interrogées déclaraient être au foyer (n=517) et pour presque 1/3 des cas, l'information n'était pas renseignée (n=246 soit 31,2%).

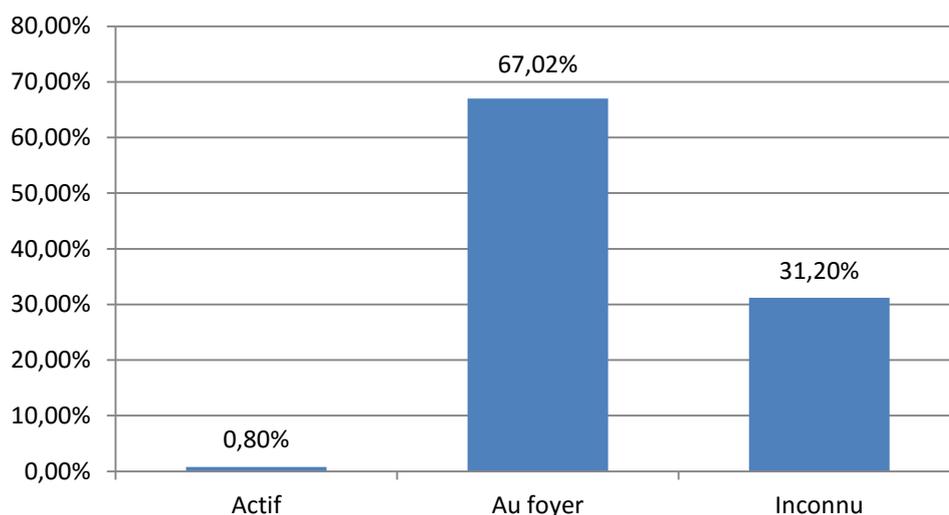


Figure 2 : Situation professionnelle des victimes

c. Antécédents des victimes

1. Antécédents médicaux

Le quart des antécédents médicaux retrouvés concernaient des pathologies psychiatriques telles que le syndrome dépressif ou d'autres troubles psychiatriques qui représentent 7.3% des cas (n = 56). Les autres antécédents médicaux sont très diversifiés et de distribution équivalente. 73,6% des victimes interrogées ne présentaient aucun antécédent médical (n=566). L'ensemble est synthétisé dans la figure 3

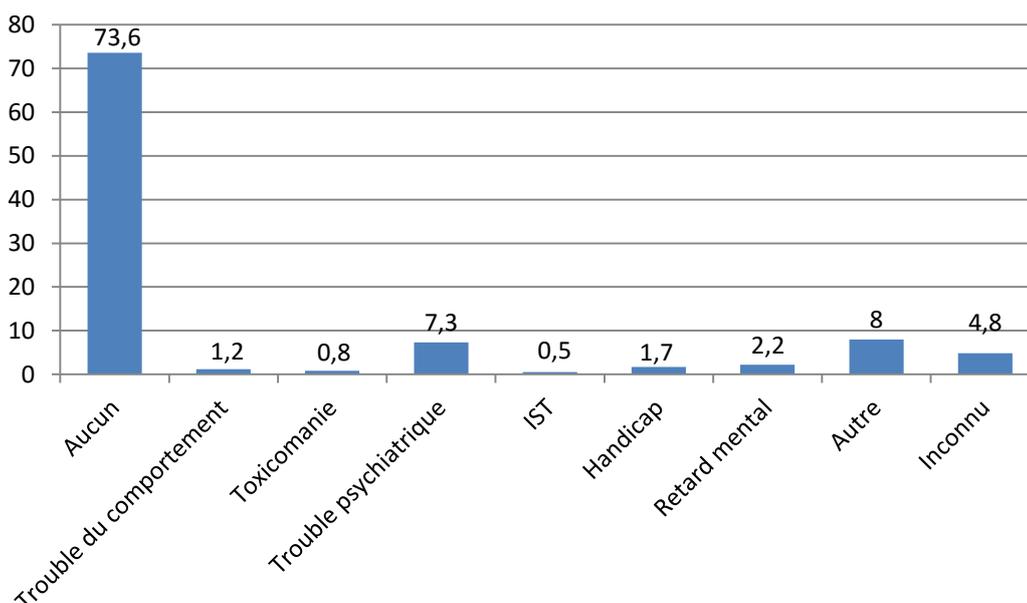


Figure 3 : Antécédents médicaux de la population (en pourcentage)

2. Antécédents chirurgicaux

Les antécédents chirurgicaux sont peu fréquents, puisque 9 personnes interrogées sur 10 n'en présentaient aucun. Les quelques antécédents retrouvés étaient très divers et ne sont pas rappelés ici. L'ensemble est synthétisé dans la figure 4.

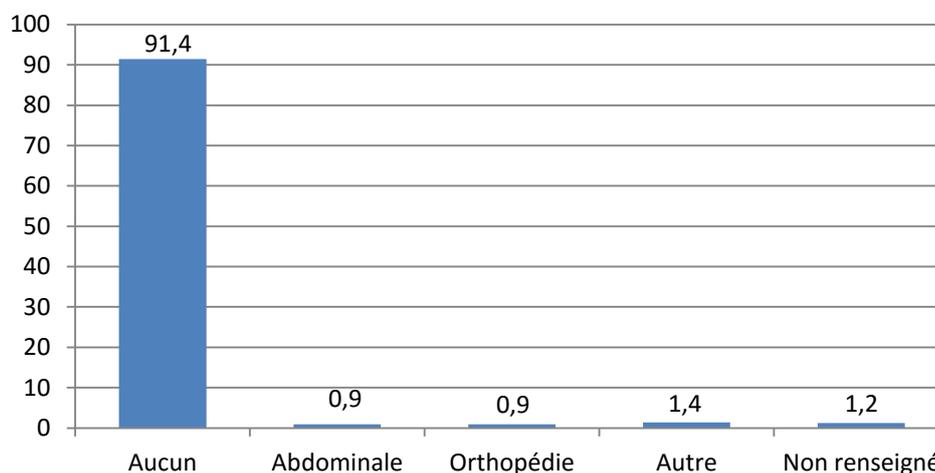


Figure 4 : Antécédents chirurgicaux de la population (en pourcentage)

3. Traitements

Une majorité des personnes interrogées ne bénéficiait aucun traitement (n=651 soit 84,7%).

Presque 5% des victimes disaient consommer régulièrement des médicaments de spécialité psychiatrique (hypnotiques, psychotropes, antidépresseurs) pour n=37 soit 4,8%). Seules 5 personnes nous ont rapporté bénéficier d'un traitement substitutif aux stupéfiants (méthadone ou subutex), soit 0,6%.

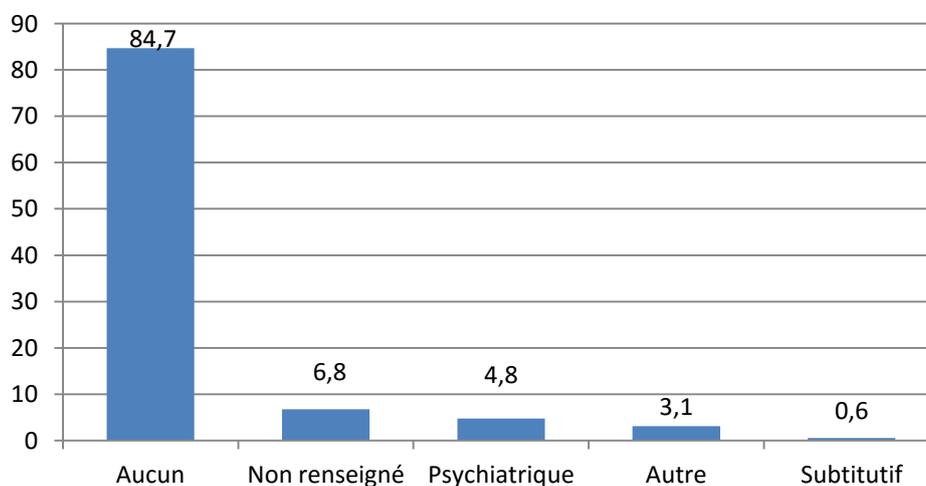


Figure 5 : Traitements consommés par les victimes (en pourcentage)

d. Contraception et antécédents gynécologiques

1. Contraception

610 victimes, soit 4 personnes sur 5 interrogées déclaraient n'avoir recours à aucune contraception.

Pour celles qui en avaient une, la méthode de contraception la plus représentée était la pilule (oestro-progestative ou progestative seule) pour n=41 soit 5,3%, suivie par l'implant sous cutané (n=30 soit 3,9%).

Les autres méthodes (stérilet ou ligature des trompes par exemple) étaient peu fréquentes et représentaient moins de 2% des cas. Enfin presque 1 certificat sur 10 (9,5%) ne contenait pas cette information. L'ensemble est synthétisé dans la figure 6.

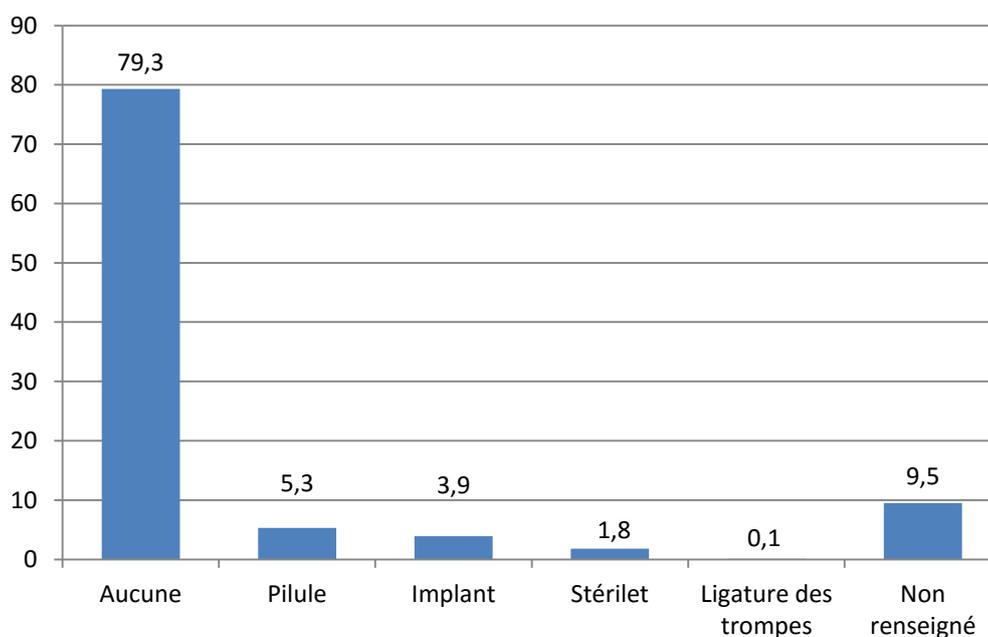


Figure 6 : Contraception utilisée par la population (en pourcentage)

2. Virginité lors de l'agression

Dans la population générale, un peu plus d'une victime sur deux (n=432 soit 56,6%) disait n'avoir jamais entretenu de rapport sexuel librement consenti avant l'agression, contre un peu plus d'un tiers affirmant le contraire (n=263 soit 34,2%).

Cette information était absente sur un certificat sur 10 environ (74 cas soit 9.6%).

En corrélant ces informations avec l'âge des victimes, 93% des personnes âgées de moins de 15 ans (n=325) affirmaient ne jamais avoir entretenu de rapport librement consenti avant l'agression. Ce chiffre passe à 25% (n=105) chez les victimes de 15 ans et plus, et à 8% chez les plus de 25 ans (n=13). Ces informations sont compilées dans la figure 7.

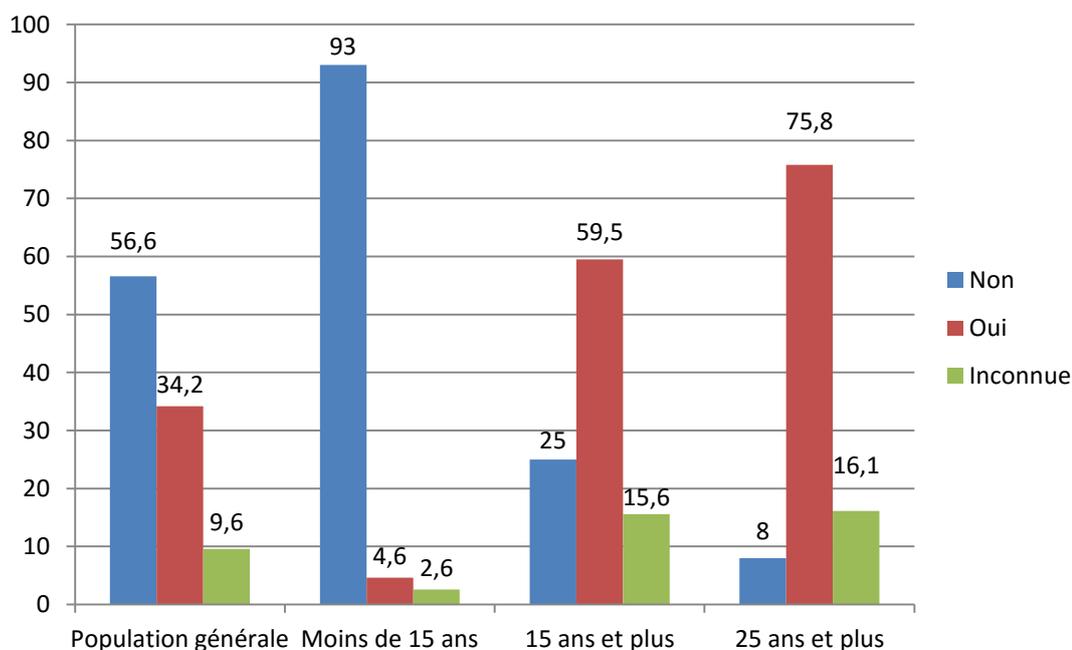


Figure 7 : Rapport sexuel consentis antérieur aux faits selon la victime (en pourcentage)

3. Grossesse(s) antérieure(s) aux faits décrits

Dans la population générale, la moyenne était de 0,18 grossesse par victime.

La majorité des personnes interrogées n'avait jamais été enceinte (n=657 soit 85,4%). 71 femmes parmi les victimes interrogées (soit 9,2%) présentaient au moins un antécédent de grossesse, la moyenne chez ces 71 victimes était alors de 1.83 grossesse. Cette information n'était pas précisée dans 41 certificats, soit 5.4%. Ces informations sont renseignées dans le tableau 2. Les chiffres diffèrent fortement selon l'âge des victimes. Chez les mineures, seuls 3 individus féminins avaient déjà été enceinte soit 0.6. On en comptait en revanche 68 chez les majeures (23.8%) (Figure 8).

Tableau 2 : Antécédents de grossesse dans la population générale.

	Proportion (%)	Nombre de grossesse (moyenne)
Total n = 769	100	0,18
0 grossesse n = 657	85,4	0
1 grossesse et plus = 71	9,2	1,83
Non précisé n = 41	5,4	NA

NA : non applicable

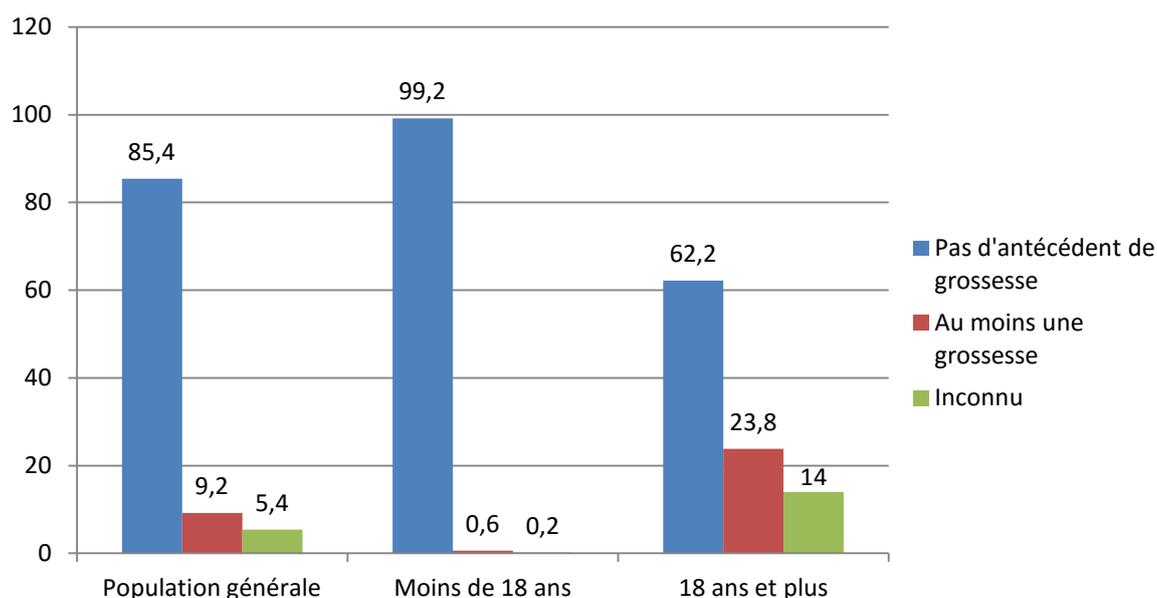


Figure 8 : Antécédents de grossesse dans la population générale et par regroupement d'âges (en pourcentage)

4. Parité

Dans la population générale, la moyenne était de 0,12 enfant par personne.

Une majorité de victimes n'avaient pas d'enfant (n=676 soit 87,9% des personnes interrogées).

55 victimes, soit 7,6% avaient au moins un enfant au moment des faits, et parmi ces personnes, la moyenne était de 1,73 grossesse. Là encore, on constate de grandes disparités selon l'âge des victimes. Chez les mineures, seules 2 avaient un enfant (soit 0,4%). Ce chiffre passe à 53 personnes soit 18,6% chez les majeures.

Tableau 3 : Parité chez les victimes de violences sexuelles

	Proportion (%)	Nombre de d'enfant (moyenne)
Total n = 769	100	0,12
0 enfant n = 676	87,9	0
1 enfant et plus n = 55	7,6	1,73
Non précisé n = 38	4,9	NA

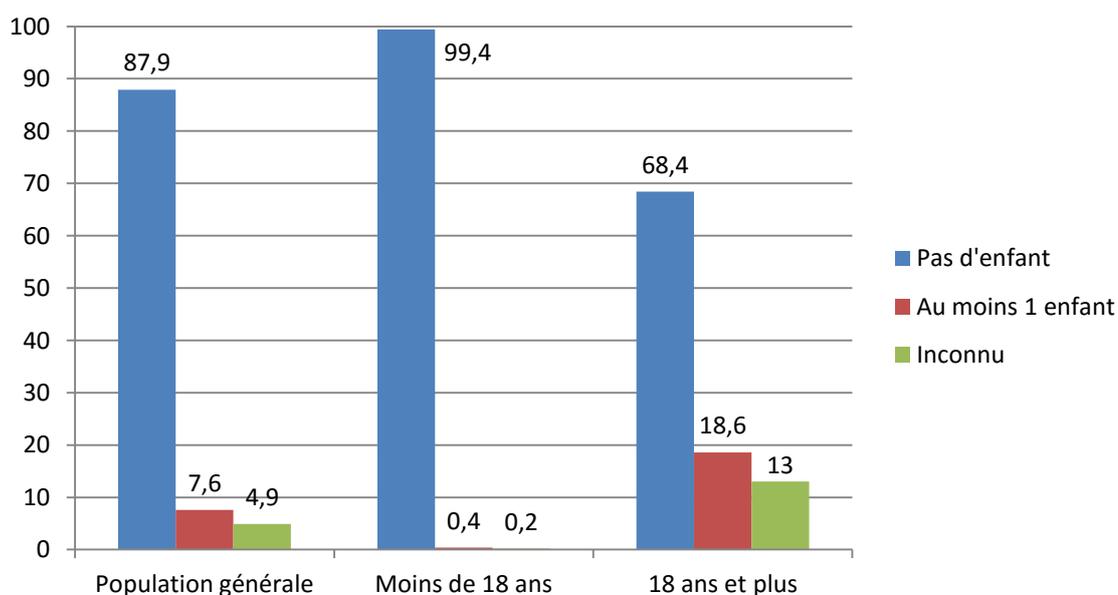


Figure 9 : Parité chez la population étudiée et en fonction de l'âge (en pourcentage)

e. Facteurs de vulnérabilité des victimes

Hormis le jeune âge (45,6% des patients inférieurs à 15 ans), les facteurs de vulnérabilité sont rares, puisque 711 personnes (92%) n'en présentaient pas.

Le facteur de vulnérabilité le plus représenté est le retard mental (n=24, soit 3,1%), suivi par le handicap physique (n=20 soit 2,6%) puis par la tutelle (n=17 soit 2,2%).

Enfin 373 personnes, soit 48,6% ne présentaient aucun facteur de vulnérabilité (figure 10).

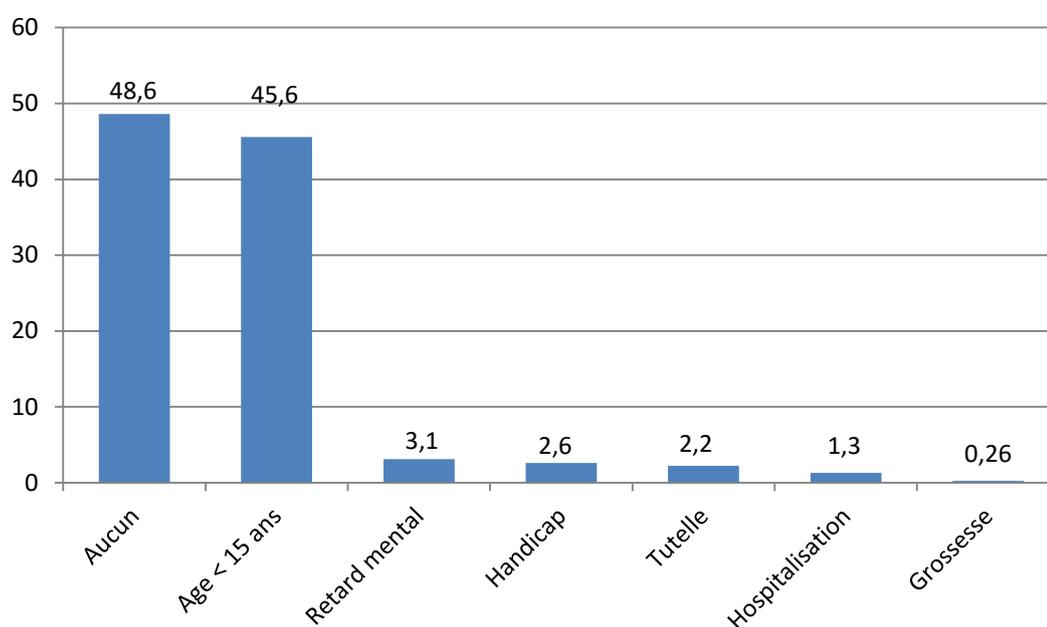


Figure 10 : Facteurs de vulnérabilité des victimes (en pourcentage)

2) Caractéristiques de l'agression

a. Lieu

Dans près d'un tiers des cas (n=237 soit 30,8%), l'agression se déroulait au domicile de la victime. Le domicile de l'agresseur ou d'un autre tiers représentent respectivement 15,3% des cas (n=118) et 12,19% des cas (n=94).

Le domicile d'un des protagonistes de l'agression représente donc presque la moitié des lieux d'agression (355 cas soit 46,1%).

La voie publique représente un peu moins d'un cas sur 10 (n=72 soit 9,4%).

L'information est absente du certificat dans 135 cas, soit 17,56% (figure 11).

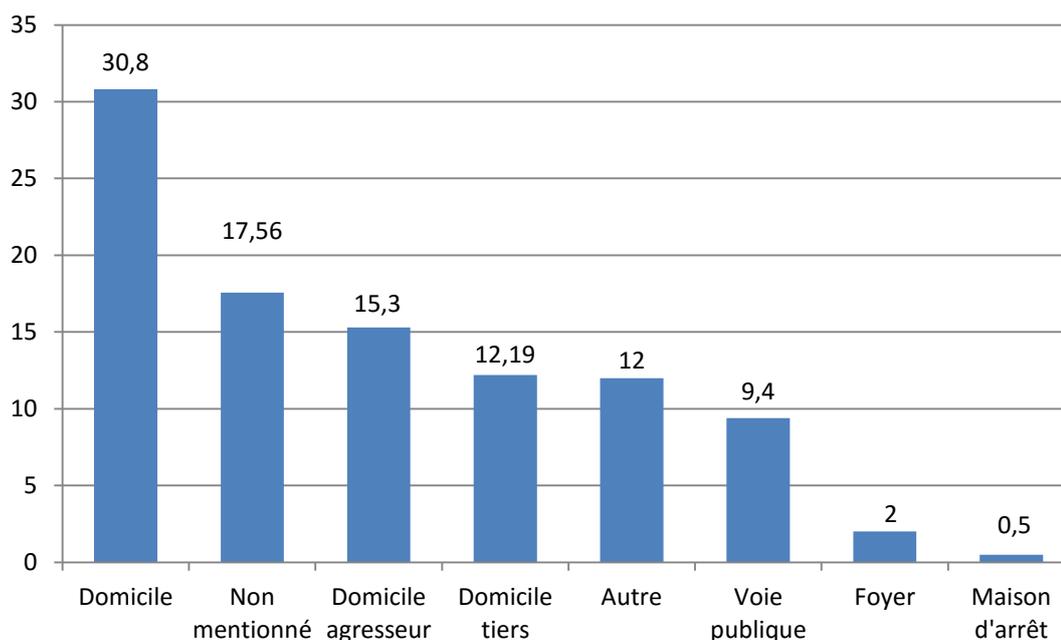


Figure 11 : Lieu de l'agression (en pourcentage)

b. Saison

La répartition des saisons apparaît homogène, seul l'automne semble légèrement en retrait avec 119 recensés, soit 15,5%.

Dans 3,4% des cas (n=26), les faits étaient répétés sur plusieurs saisons.

Enfin cette donnée était inconnue dans 90 cas soit 11,7% (figure 12).

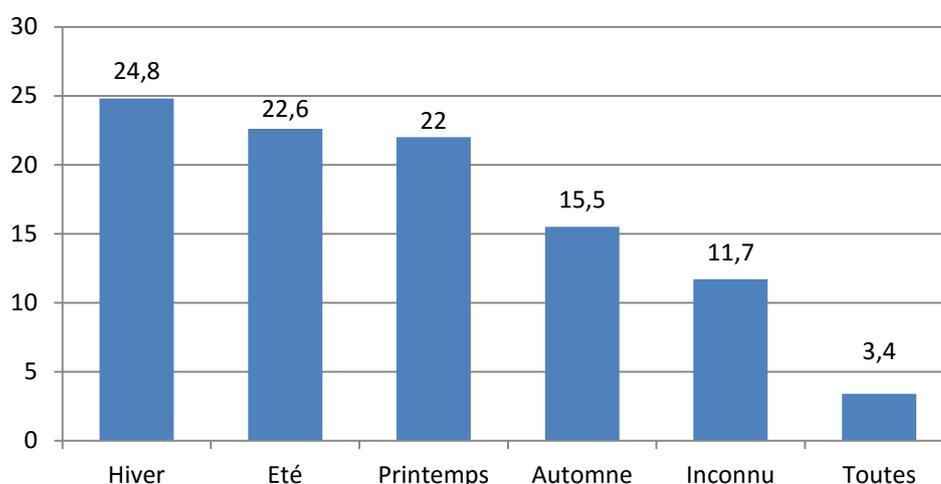


Figure 12 : Saison des agressions sexuelles (en pourcentage)

c. Délai avant consultation

39,4% des victimes (n=303) ont été examinées moins de 72h après l'agression. À l'inverse, le délai avant consultation est supérieur à 72h chez 396 personnes, soit 51,5% des cas. Dans 9,1% des cas (n=70) ce délai est inconnu.

Lorsque la personne est examinée avant 72h, la moyenne avant l'examen est de 0,77 jours soit 18,5 heures (+/- 17.3h).

Passé ce délai, l'intervalle de temps entre l'agression et l'examen est de 170,2 jours de moyenne (+/- 403.5 jours).

Dans la population générale de l'étude, le délai moyen avant consultation est de 96,7 jours, pour un écart-type de 315 jours. Ces données sont synthétisées dans le tableau 4.

Tableau 4 : Délai de prise en charge des victimes après agression

	Effectifs	Délai moyen (jours)	Ecart-type (jours)	Médiane (jours)
Total	769	96,7	315	4
Délai < 72h	303 (39,4%)	0,77	0,72	1
Délai > 72h	396 (51,5%)	170,2	403,5	22,5
Délai inconnu	70 (9,1%)	NA	NA	NA

NA : Non applicable

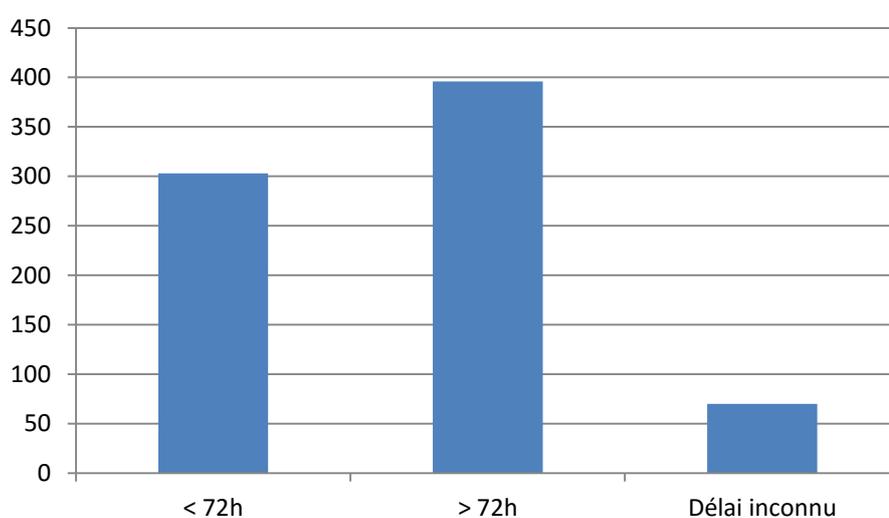


Figure 13 : Délai avant la consultation (nombre de personnes prises en charge avant et après 72h)

Enfin, chez les mineurs (n=483), seules 116 victimes soit 24% ont été examinées en urgence. Sur les 286 majeurs, 65% ont été vus en urgence (n=186).

d. Auteur(s) présumé(s) de l'agression

1. Nombre(s)

L'auteur est unique dans plus de 4 cas sur 5 (628 personnes soit 81,7% des cas). Il est multiple dans 86 cas soit 11,2%. Il n'y a pas d'auteur identifiable dans 3 cas soit 0,4%.

Enfin, le nombre d'auteur est inconnu dans 51 cas soit 6,6% (tableau 5).

Tableau 5 : Nombre(s) d'agresseur selon les dires de la victime

Nombre d'auteur	0	1	2	3	< 3	Inconnu	Total
Effectif	3 (0,39%)	627 (81,64%)	54 (7,03%)	20 (2,60%)	12 (1,56%)	51 (6,64%)	769 (100%)

2. Qualité

L'auteur est connu de la victime dans 544 cas soit 70,7%. Il a de plus un lien familial avec elle dans quasiment un tiers des situations (252 dossiers soit 32,7%).

Ce lien familial est très diversifié et tous les statuts ont été retrouvés. Le plus représenté est le père (n=73 soit 9,5%), suivi par le conjoint ou ex-conjoint (n=52 soit 6,8%), puis surviennent presque à égalité un membre d'une famille recomposée (beau-père, fils du nouveau conjoint) pour 5,1% des cas (n=39), un membre d'une fratrie (n=38 soit 4,9%), un autre ascendant familial pouvant être un oncle ou un grand-père (n=38 soit 4,9%). Ces données sont mise en forme dans le tableau 6 et les figures 15 & 16.

Tableau 6 : Qualité de l'auteur des violences sexuelles

Auteur	Inconnu	Connaissance	Lien Familial				
Effectifs	225 (29,3%)	300 (39%)	252 (32,7%)				
			Père 73 (9,5%)	Autre ascendant 38 (4,9%)	Conjoint ou Ex 52 (6,8%)	Fratrie 38 (4,9%)	Famille recomposée 39 (5,1%)

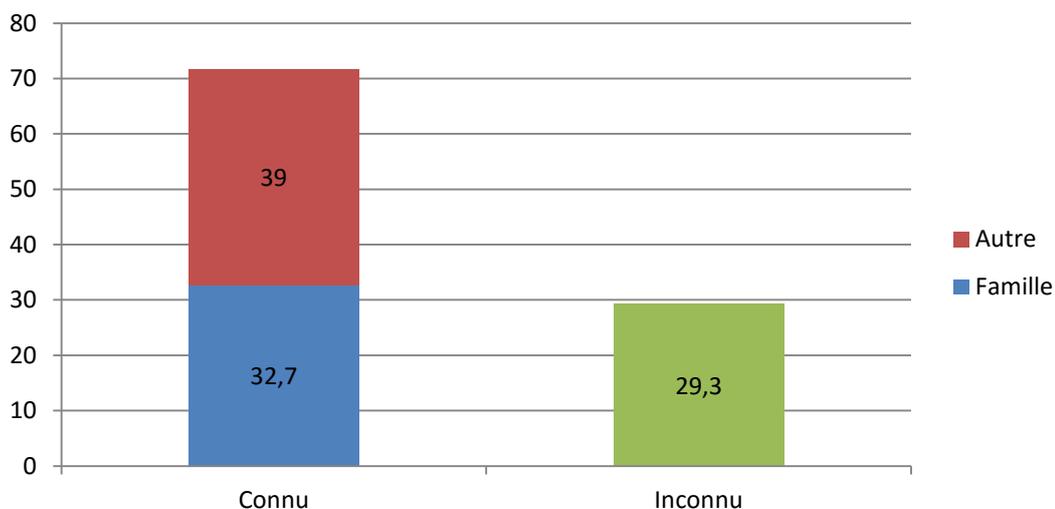


Figure 14 : Qualité de l'auteur des violences sexuelles (en pourcentage)

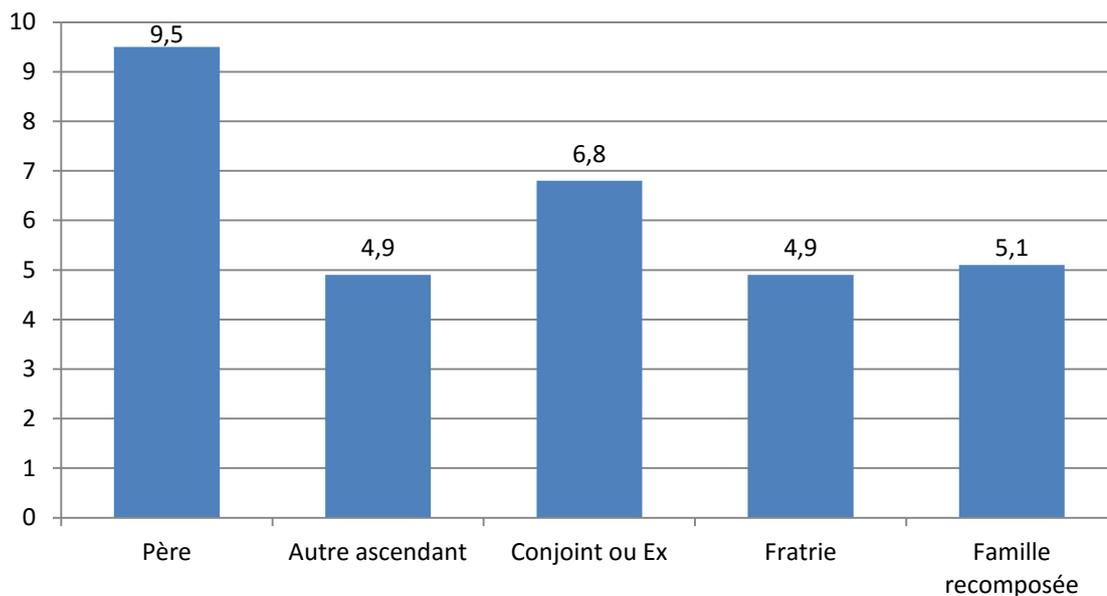


Figure 15 : Lien familial entre victimes et auteurs (en pourcentage)

e. Pénétration(s)

Le type de pénétration le plus fréquemment rencontré est la pénétration pénienne, présente dans un cas sur deux (n=381 soit 49,5% des cas), vient ensuite la pénétration digitale (n=129 soit 16,8%) puis la pénétration à l'aide d'un objet (n=20 soit 2,6%). Le type de pénétration est inconnu dans 16% des cas (n=125).

Le lieu de pénétration est la plupart du temps vaginal (331 cas soit 43%). Viennent ensuite les attouchements simples, c'est-à-dire l'absence de pénétration (n=167 soit 22%), la pénétration buccale (n=157 soit 20,4%) puis anale (n=137 soit 17,8%). A noter que l'orifice pénétré est inconnu de la victime (par exemple dans les cas de soumission chimique) dans 125 cas soit 16,3%. Ces informations sont consignées dans le tableau 7 et la figure 16.

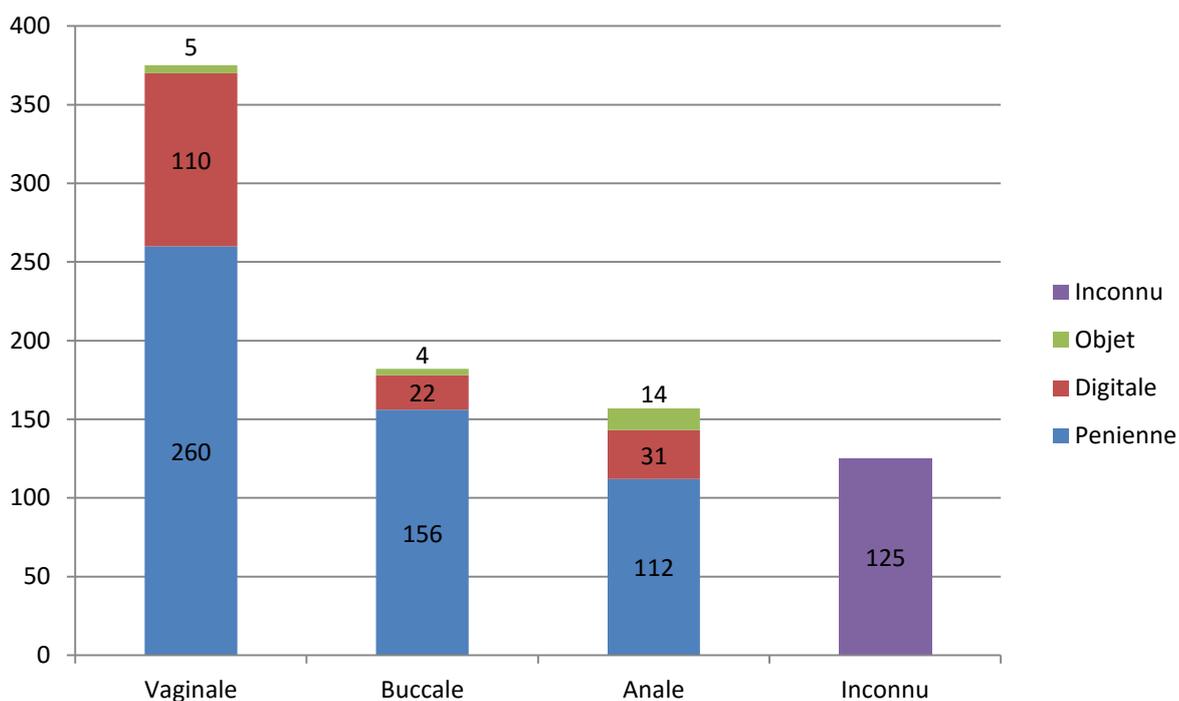


Figure 16 : Type et lieu de pénétration (nombre de victimes examinées)

Tableau 7 : Répartition du type et du lieu de pénétration lors des violences sexuelles.

Type	Pénienne n = 381 (49,5%)			Digitale n = 129 (16,8%)			Objet n = 20 (2,6%)		
Lieu	Vaginale	Buccale	Anale	Vaginale	Buccale	Anale	Vaginale	Buccale	Anale
	260 (68,4%)	156 (41,05%)	112 (29,47%)	110 (85,9%)	22 (17%)	31 (24%)	5 (25%)	4 (20%)	14 (70%)

f. Ejaculation(s)

Les victimes ont rapporté la survenue d'une éjaculation dans 107 cas soit 13,9%. Il n'y a pas eu d'éjaculation objectivée par la victime dans un peu plus de 4 cas sur 10 (n=343 soit 44,6%). Enfin, les victimes ignoraient si une éjaculation était survenue dans 4 cas sur 10 également (n=319 soit 41,5%).

L'éjaculation intra vaginale était la plus représentée, représentant presque la moitié des cas d'éjaculations (n=43 soit 40.1%), suivie par l'éjaculation intra-buccale (n=16 soit 15.1%), puis par l'éjaculation intra-anale (n=8 soit 7,5%). Dans près d'un tiers des cas le lieu où l'éjaculation était survenue était inconnu des victimes. Ces données sont regroupées dans le tableau 8 ainsi que dans la figure 18.

Tableau 8 : Survenue et lieu d'éjaculation au cours de l'agression

Présente n = 107 (13.9%)					Absente	Inconnue
Lieu	Vaginale	Buccale	Anale	Inconnu	n = 343 (44,6%)	n = 319 (41,5%)
	43 (40.1%)	16 (15,1%)	8 (7,5%)	39 (36,8%)		

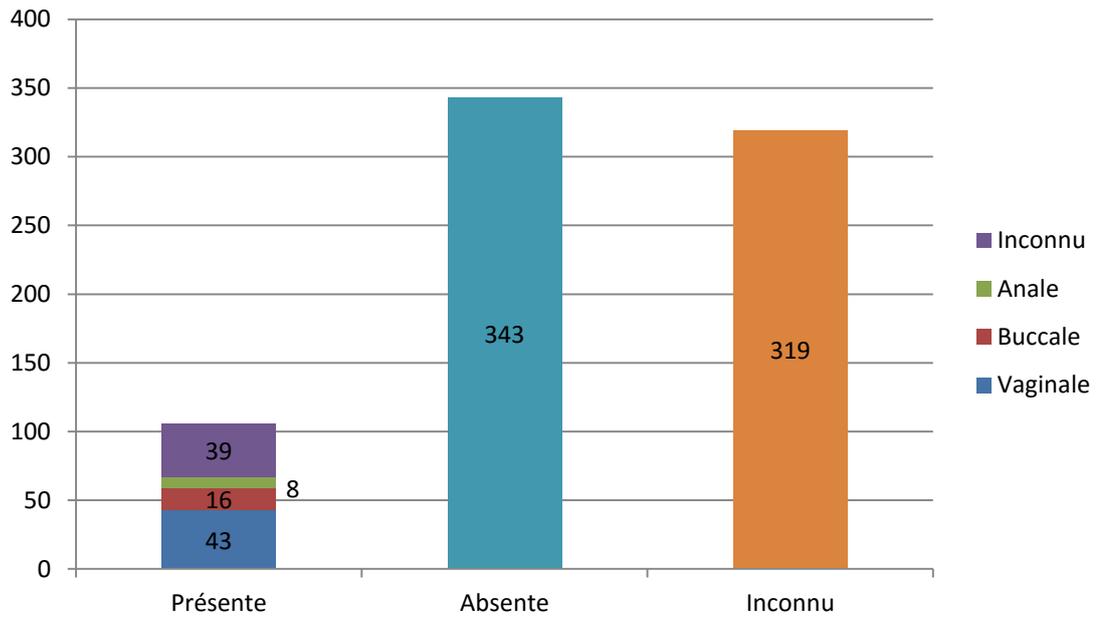


Figure 17 : Survenue et lieu d'éjaculation au cours de l'agression (en nombre de personnes examinées)

En corrélant ces chiffres à l'âge, seules les 15 victimes âgées de moins de 15 ans (4.3%) ont constaté la présence d'une éjaculation lors des faits. Elles étaient 92 (soit 22.1%) dans la population âgée de plus de 15 ans.

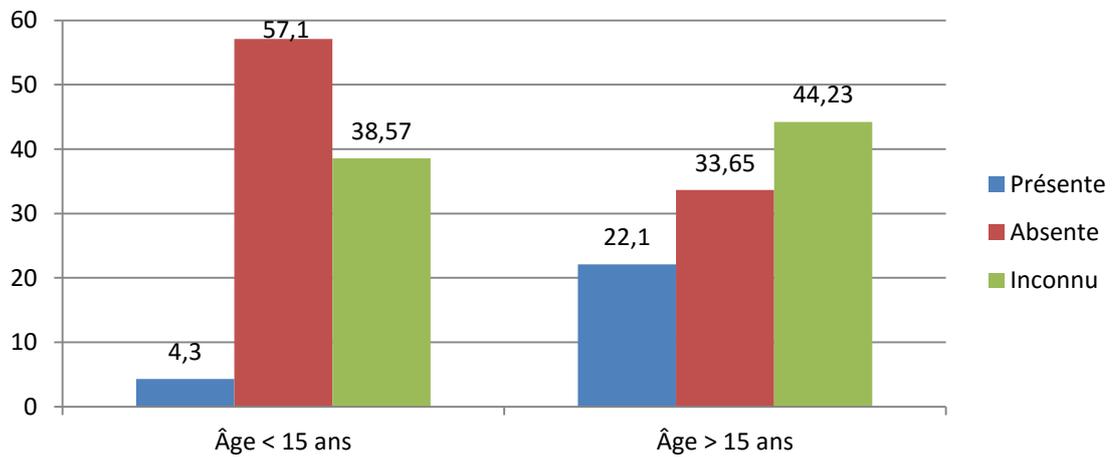


Figure 18 : Survenue d'une éjaculation selon l'âge de la victime (en pourcentage)

g. Préservatif(s)

Dans à peine plus d'un cas sur vingt l'auteur de l'agression était porteur d'un préservatif (n=45 soit 5,8%) selon la victime. Il n'en portait pas dans 72,7% des cas (n=559) et cette information était inconnue de la victime dans 21% des cas (n=165). Ces informations sont consignées dans la figure 19.

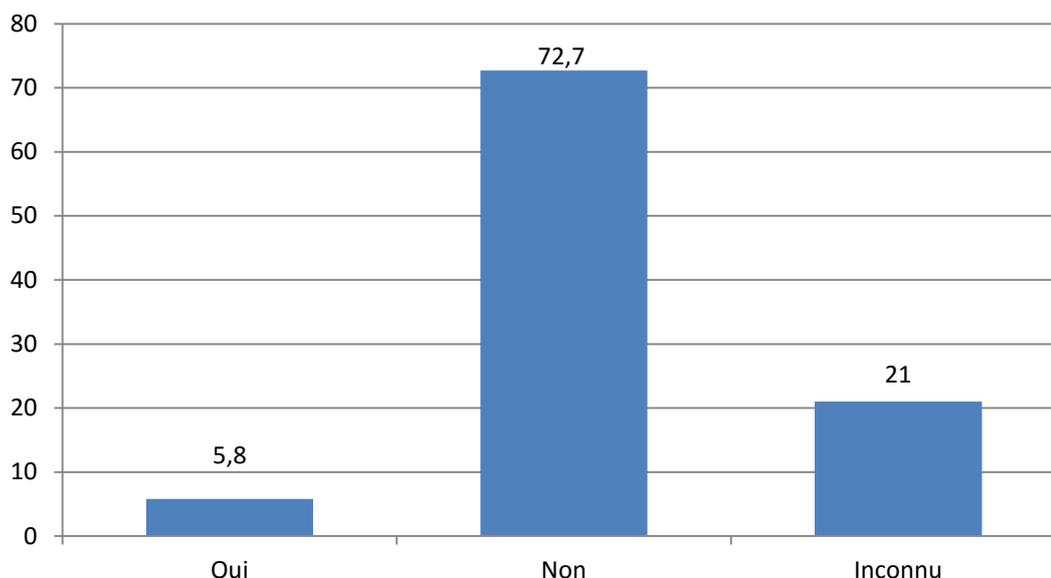


Figure 19 : Usage de préservatif(s) par l'agresseur (en pourcentage)

h. Toxiques consommés par la victime

Environ une victime sur sept avait rapporté avoir consommé de l'alcool au moment de l'agression (n=111 soit 14,4%). Les autres toxiques, cannabis et médicament/drogues évocateurs de soumission chimique sont à égalité, avec 28 cas recensés pour chacun (3,6%) (figure 20).

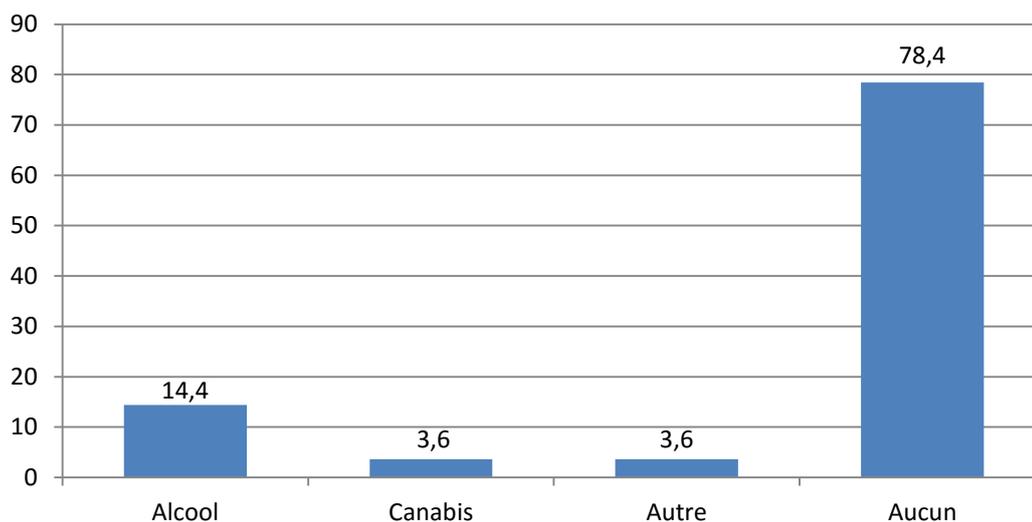


Figure 20 : Consommation de toxiques par la victime le jour de l'agression (en pourcentage)

3) L'examen médical

a. Mois de l'examen

La répartition des examens au cours de l'année est assez homogène, variant entre 6,2% et 11,7% des victimes examinées par mois (figure 21).

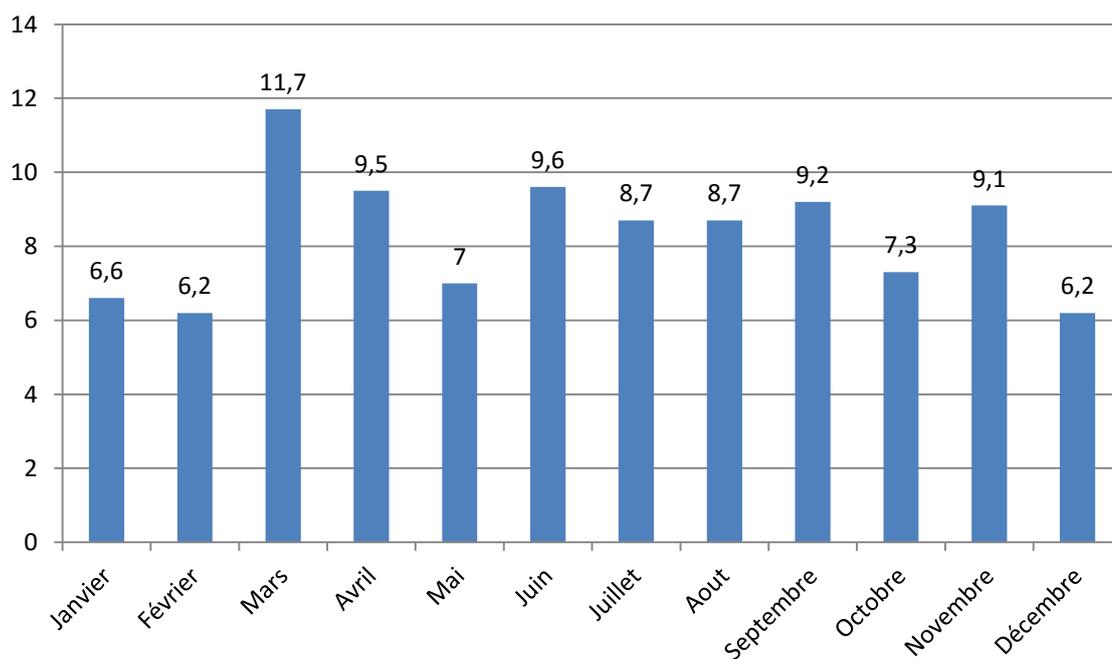


Figure 21 : Répartition des consultations de violences sexuelles par mois (en pourcentage)

b. Circonstances de l'examen

Un peu plus d'un tiers des consultations se sont faites lors des astreintes médico-légales (n=278 soit 36,2%). Les autres (n=490 soit 63,8%) se sont réalisées en journée sur rendez-vous (figure 22).

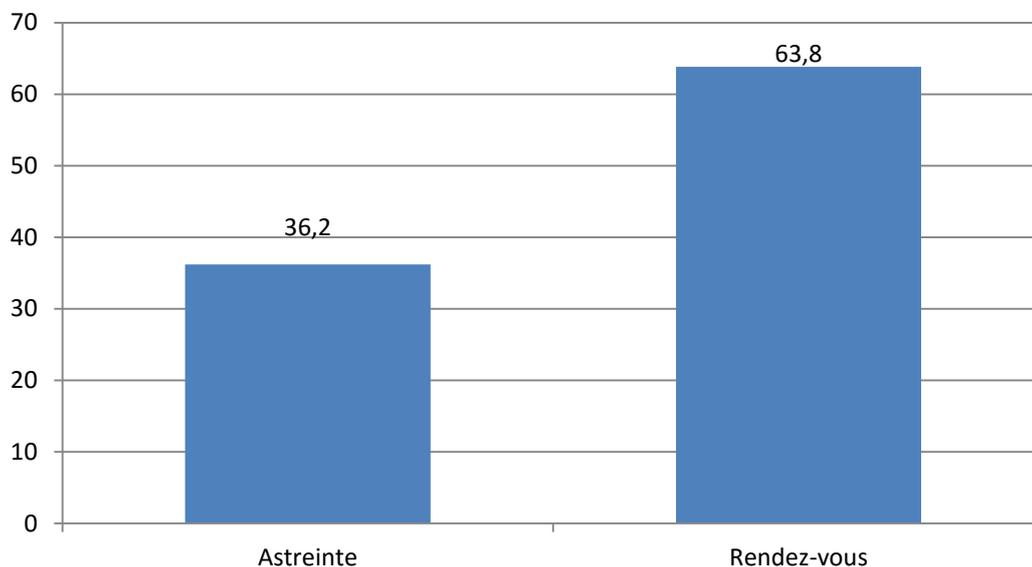


Figure 22 : Modalités de survenue des consultations (en pourcentage)

c. Lieu de l'examen

Plus des trois quarts des consultations (n=605 soit 78,8%) ont eu lieu à l'unité médico-judiciaire (UMJ). Le reste des consultations se sont réalisées pour la plupart aux urgences gynécologiques du CHRU de Lille (n=143 soit 18,6%). On recense également une vingtaine de consultations s'étant réalisées ailleurs, souvent dans les urgences d'un autre centre hospitalier proche comme ceux de Tourcoing ou Roubaix (n=20 soit 2,6%). Le lieu n'est pas précisé dans un unique cas (0,13%) (figure 23).

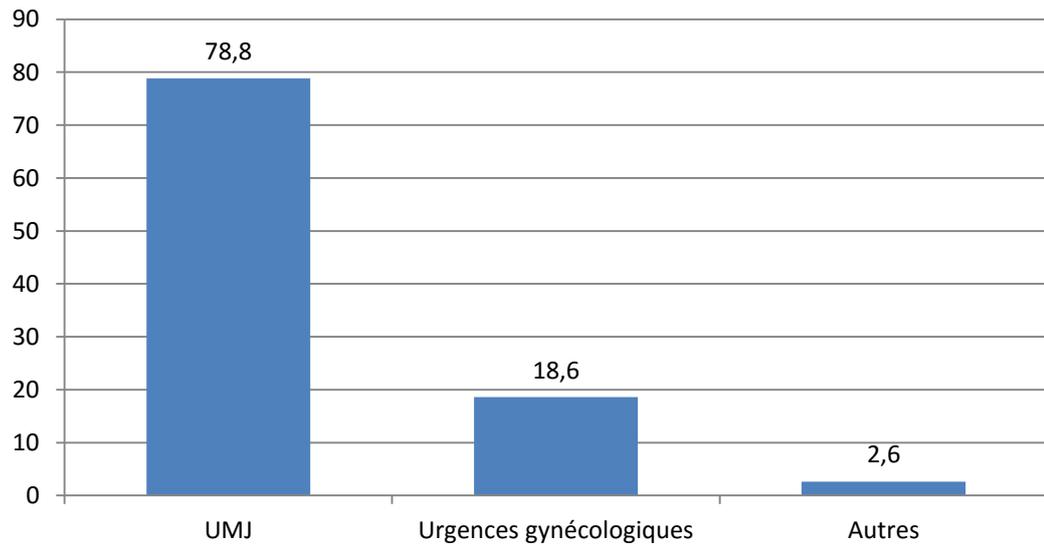


Figure 23 : Lieu des consultations (en pourcentage)

d. Médecin(s) présent(s)

Un médecin légiste était présent dans tous les cas, il était assisté par un gynécologue dans un peu moins d'un cas sur cinq (n=137 soit 17,8%) (figure 24).

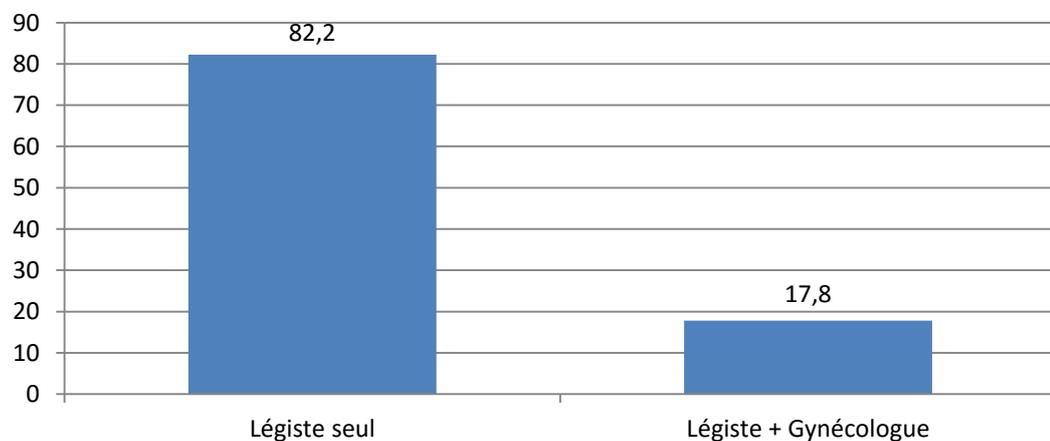


Figure 24 : Médecins présents lors de l'examen (en pourcentage)

e. Lésions physiques extra-buccales et extra-pelviennes

Dans la population générale, un peu plus d'une victime sur deux présentait des lésions physiques extra-pelviennes (n=404 soit 52,6%). A l'inverse, un peu moins d'une personne examinée sur 2 était indemne de ce type lésion (n=361 soit 47%). Enfin 4 personnes (0,4%) ont refusé l'examen physique, il était donc impossible de se prononcer sur la présence de lésions ou non.

La proportion de lésions physiques extra-génitales varie selon le délai de prise en charge. En dessous de 72h, elles sont présentes dans 191 cas soit 63,5%. Ce chiffre baisse à 46,6% chez les victimes vues après un délai supérieur à 72h (n=216) (figure 25).

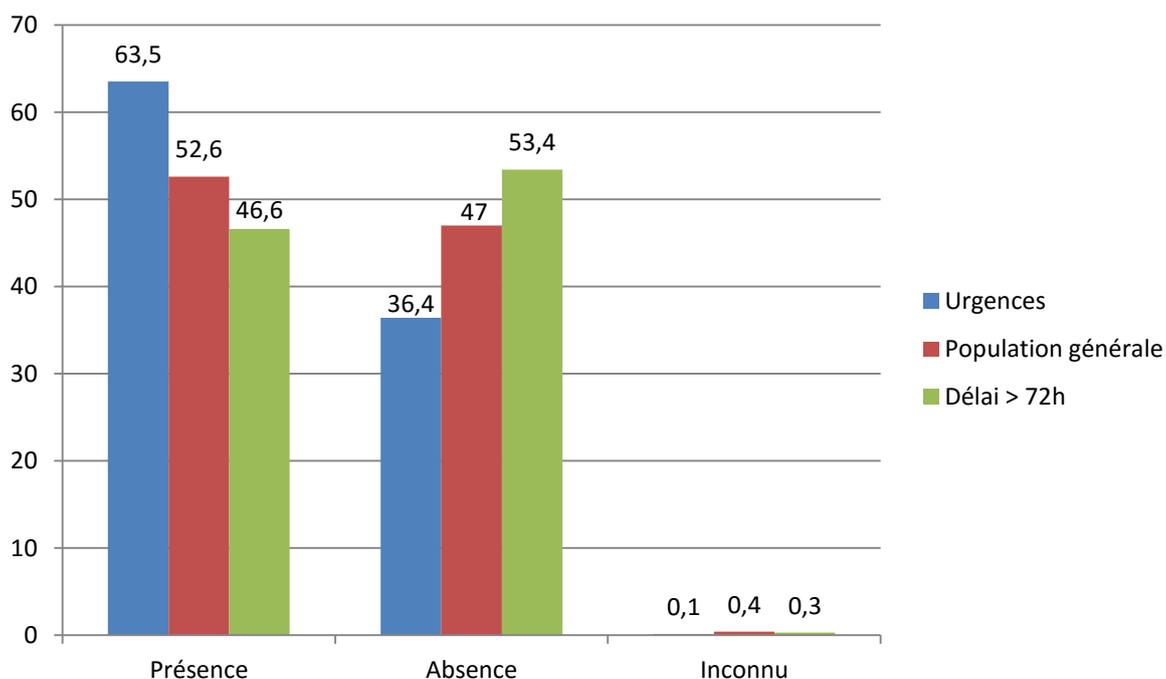


Figure 25 : Lésions physiques extra-génitales et extra-buccales (en pourcentage)

f. Nature et topographie des lésions physiques

Les lésions physiques observées étaient de nature et de localisation très diverses : plaies, excoriations, dermabrasions, ecchymoses...

Elles ont été classées par type de blessure et par localisation. Une grande majorité des lésions ne présentait aucune spécificité par leur nature ou par leur localisation. Les lésions diffuses, c'est-à-dire touchant l'intégralité du corps (tête et tronc, membres supérieurs et inférieurs) dominent avec 110 cas (soit 14,3%), presque à égalité avec les lésions des seuls membres inférieurs (n= 106 soit 13,8%). Ensuite, on observe par décroissance de fréquence les lésions des seuls membres supérieurs (n=77 soit 10%), puis des quatre membres (n=60 soit 7,8%). Enfin les autres lésions sont rares (tête et cou, tronc, autre...) et représentent moins de 5% du total (figure 26).

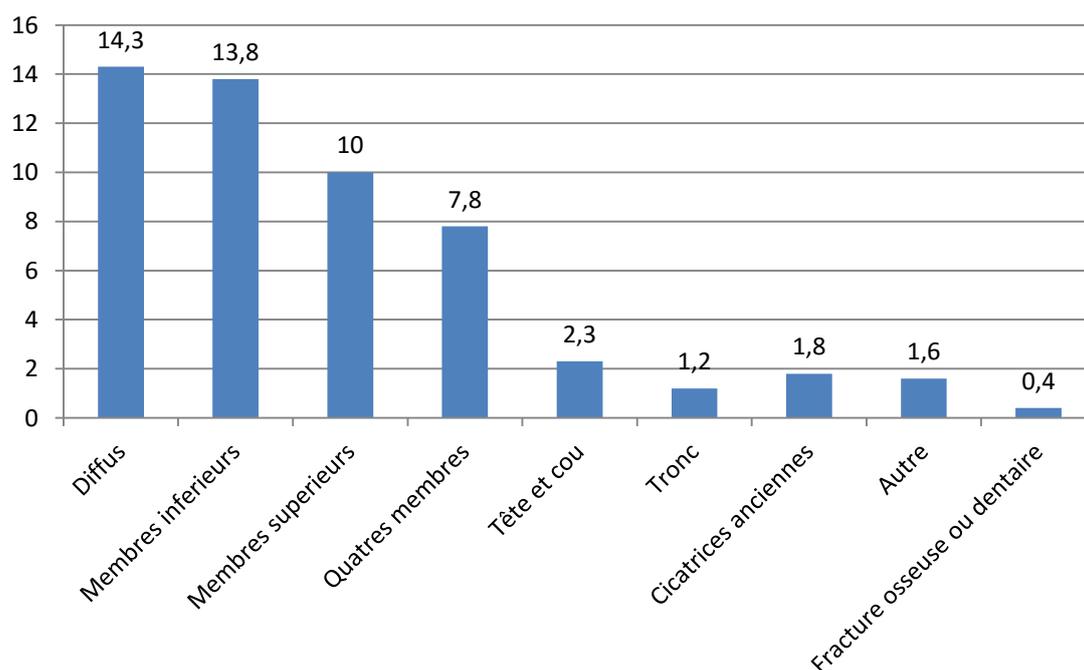


Figure 26 : Topographie des lésions physiques extra-génitales et extra-buccales (en pourcentage)

g. L'examen gynécologique

1. Lésions observées selon le délai de prise en charge

Seules les victimes de sexe féminin, au nombre de 666, ont été prises en compte lors des calculs concernant les lésions de l'hymen, de la vulve, endovaginale et de la présence d'une défloration médico-légale. En revanche, l'intégralité des victimes, hommes et femmes (769 cas), ont été prises en compte pour les calculs concernant la présence ou non de lésions buccales ou anales.

Chacun de ces groupes a été séparé en 3 selon le délai de prise en charge : population générale (toutes les victimes), personnes vues en urgence (moins de 72h), et victimes vues après un délai supérieur à 72h.

- Concernant les lésions de l'hymen, 22 cas ont été recensés, soit 8,1% pour les victimes examinées avant 72h. Cette proportion passe à 10,4% (n=69) dans la population générale, et à 11,9 % (n=47) pour les victimes examinées après 72h.

- Pour les lésions vulvaires, 49 cas ont été recensés, soit 18% pour les victimes examinées avant 72h. Cette proportion passe à 11,7% (n=78) dans la population générale, et à 7,4% (n=29) pour les victimes examinées après 72h.

- L'intégralité des 7 cas recensés de lésion endovaginale ont été vus en urgence, soit 2,6% des victimes examinées avant 72h. Cette proportion passe à 1% (n=7) dans la population générale, et à 0 cas pour les victimes examinées après 72h.

- Concernant les lésions anales, 22 cas ont été recensés, soit 7,3% pour les victimes examinées avant 72h. Cette proportion passe à 4,7% (n=36) dans la population générale, et à 3% (n=14) pour les victimes examinées après 72h.

- Toutes les lésions buccales observées ont été examinées en urgence, soit 3 cas (1%) avant 72h, 3 cas toujours (0,4%) dans la population générale, et 0 cas après 72h.

- 31 cas de défloration médico-légale ont été recensés en urgence, soit 11,4% des cas. Cette proportion passe à 9,9 % (66 cas) dans la population générale, et à 8,9% (n=35) chez les personnes vues après 72h.

- Enfin sur les 666 femmes de l'étude, l'examen a relevé une défloration ancienne sur environ un tiers, soit 226 cas (33,9%).

L'ensemble de ces données sont réunies dans la figure 27.

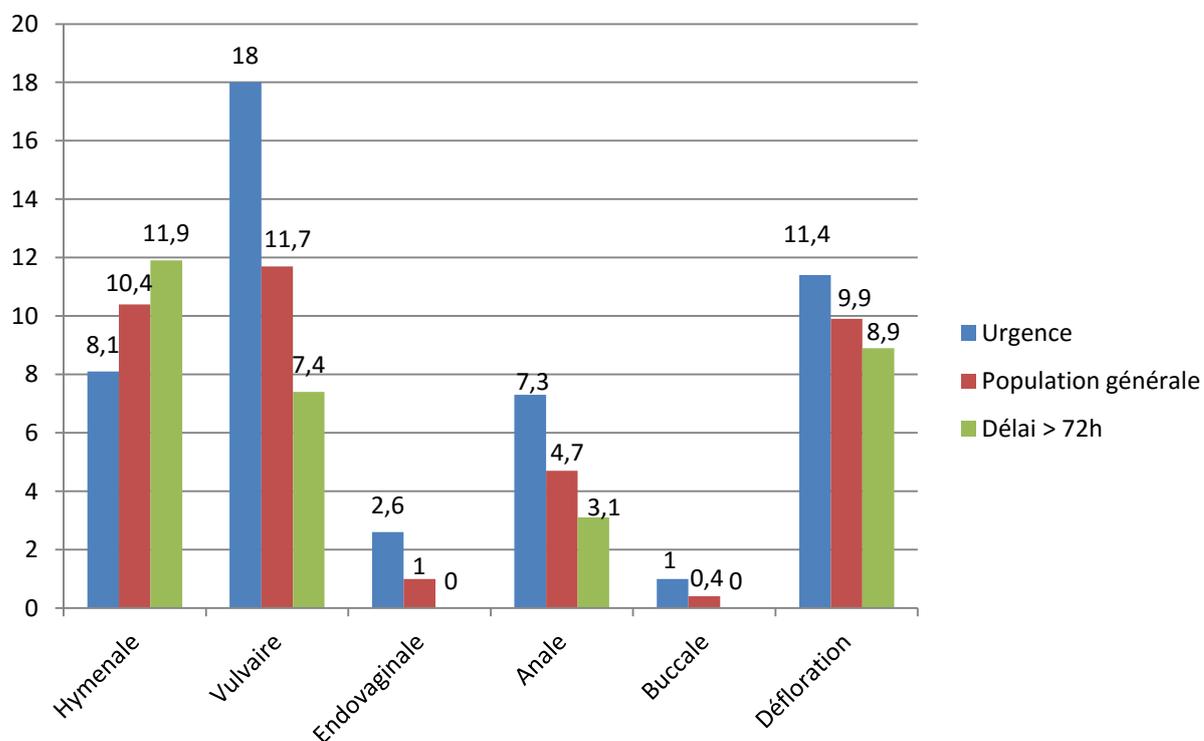


Figure 27 : Lésions génitales observées selon le délai avant examen (en pourcentage)

2. Lésion génitale selon l'agent pénétrant

Lorsqu'une lésion vaginale était présente (pour 78 cas soit 11,7% des femmes), il s'agissait d'une pénétration pénienne dans 38 cas (49,4%), digitale pour 20 cas (26%), et d'objet pour 3 cas (3,9%). Pour les 17 cas restants, le type de pénétration était inconnu.

En cas de lésion anale, il s'agissait d'une pénétration pénienne pour 21 cas (61,8%), digitale pour 2 cas (5,9%) et par introduction d'objet pour 6 cas, soit 17,6%.

Enfin, sur les 3 lésions buccales observées, 2 étaient liées à une pénétration pénienne (66,7%), chez la troisième patiente, l'objet était inconnu (figure 28).

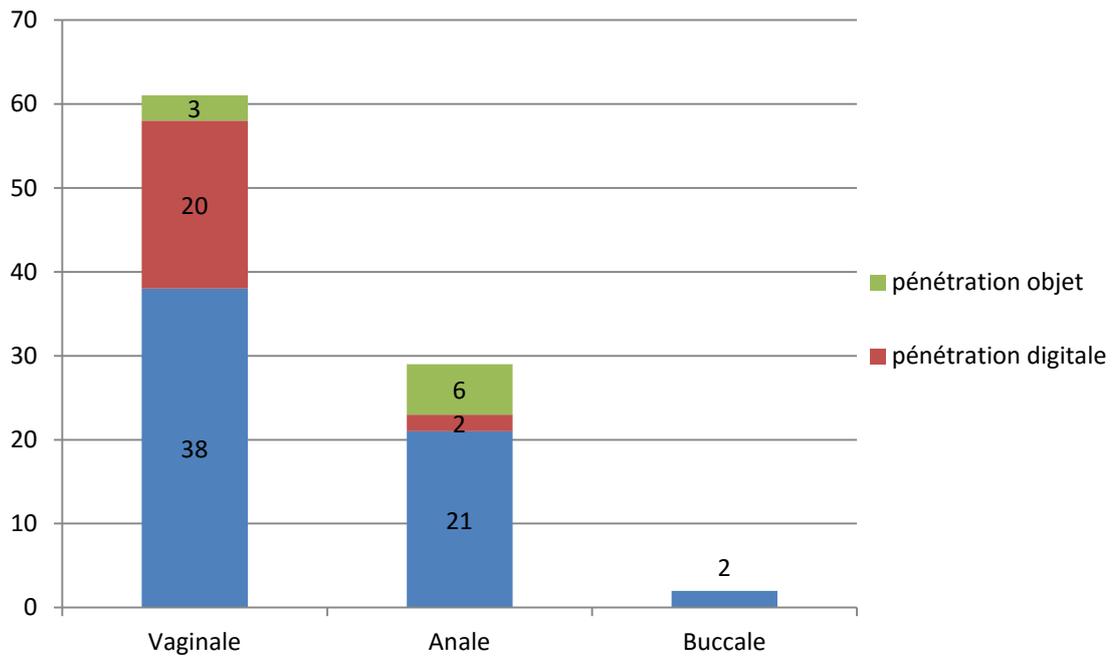


Figure 28 : Lésions observées en fonction de l'objet pénétrant (en nombre de victime)

h. Retentissement psychologique

Un peu moins d'un quart des personnes interrogées alléguaient un retentissement psychologique marqué (n=181 soit 23,6%) (figure 29).

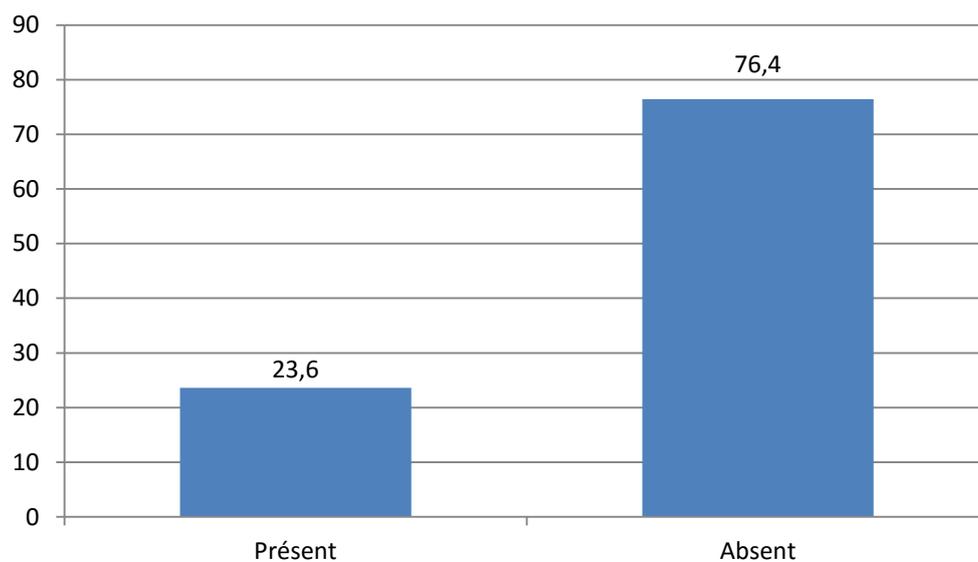


Figure 29 : Retentissement psychologique (en pourcentage)

Une prise en charge a été effectuée dans 50 cas, soit 6,5%. Elle n'a pas eu lieu dans environ $\frac{1}{4}$ des cas (n=176 soit 22,9%). Enfin l'information n'est pas connue dans presque $\frac{3}{4}$ des cas (n=543 soit 70,6%) (figure 30).

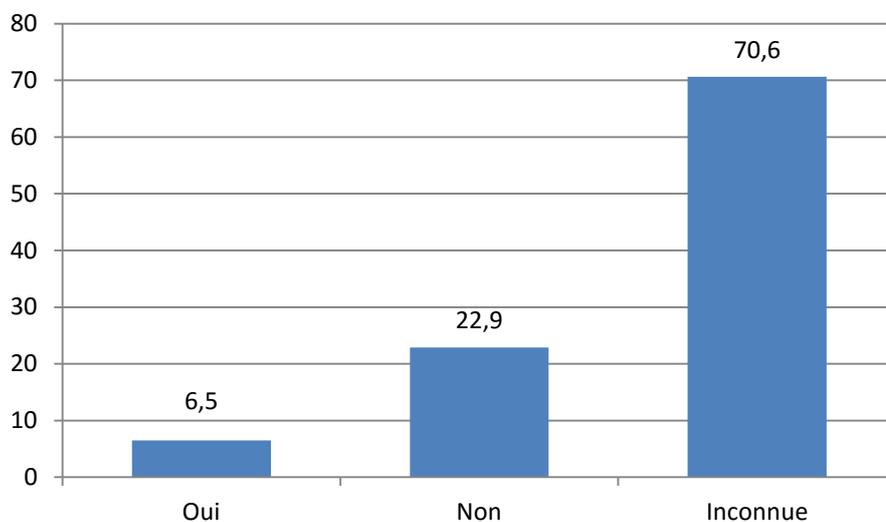


Figure 30 : Présence d'une prise en charge psychologique (en pourcentage)

4) Les conclusions

a. Compatibilité avec les faits décrits par la victime

Dans la population générale de l'étude, 110 cas, soit 14,3% des certificats ont permis de conclure à la compatibilité entre les lésions constatées et les faits décrits par les victimes. 1% des lésions constatées n'étaient quant à elles pas compatibles avec les faits décrits (8 cas). Enfin la majorité des examens ne permettaient ni d'affirmer, ni d'infirmer les faits rapportés par les victimes (n=634 soit 82,4%) (figure 31).

Parmi les 303 victimes reçues en urgences (moins de 72h), le taux d'examen se prononçant sur la compatibilité avec les faits décrits passait à environ un quart (71 cas, soit 23,5%).

Enfin, sur les 395 certificats de victimes reçues après un délai de 72h, 3 se sont prononcés comme non compatibles (0,76%) et 38 comme compatibles (9,6%). 345 certificats, soit 87,3% ont conclu ni compatibles, ni incompatibles, et dans 9 cas soit 2,3%, cette conclusion est inconnue. Ces données sont synthétisées dans la figure 34.

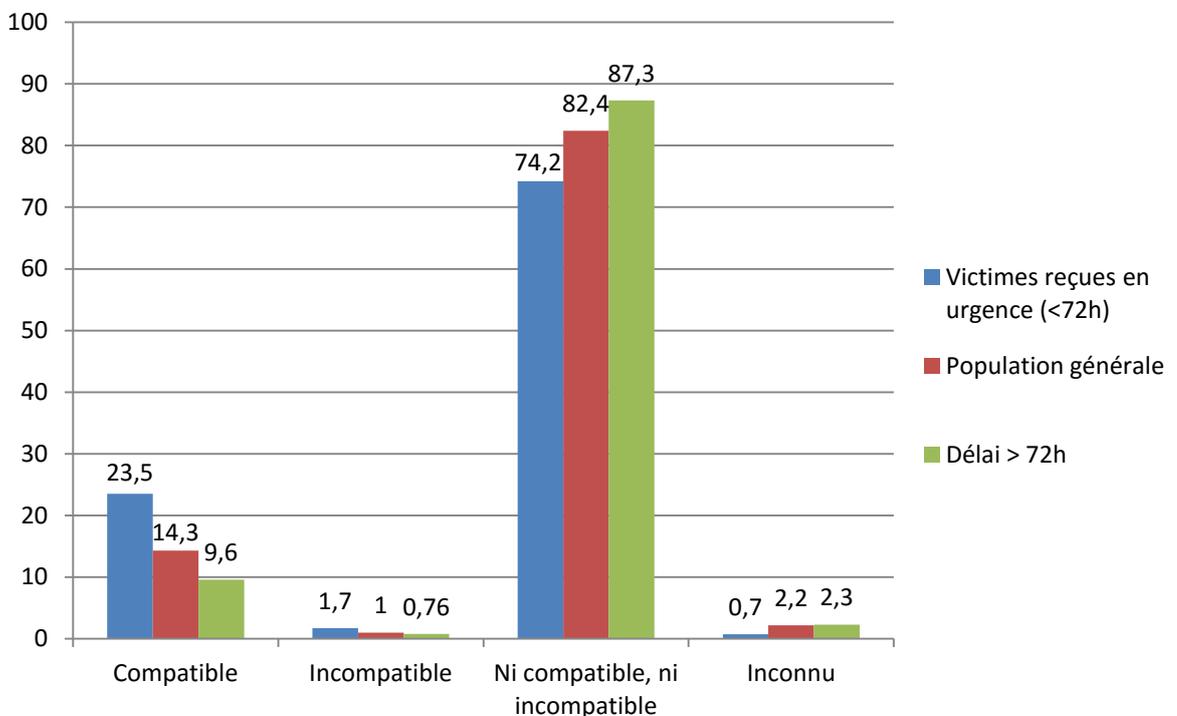


Figure 31 : Comparaison de la conclusion en fonction du délai écoulé avant consultation

b. Comparaison des conclusions selon la présence de lésions génitales

214 victimes présentaient au moins une lésion génitale (hymen, vulve, anus) ou buccale. Ces lésions n'étaient pas toutes spécifiques. Les certificats de ces personnes retenaient la compatibilité entre les constatations cliniques et les faits dans 76 cas (35,7%), l'incompatibilité dans 4 cas (1,9%). Dans 128 cas l'examen ne permettait pas de conclure, il n'était alors ni compatible, ni incompatible avec les dires de la victime (60,1%). Dans 5 cas (2,3%) l'information n'était pas renseignée explicitement sur le certificat.

555 victimes ne présentaient aucune lésion. Les conclusions étaient alors différentes : 34 cas ont été jugés compatibles (6,1%), 4 cas incompatibles (0,7%), 504 concluaient à ni compatibles, ni incompatibles (91%) et 12 cas ne contenaient pas l'information (2,2%) (figure 35).

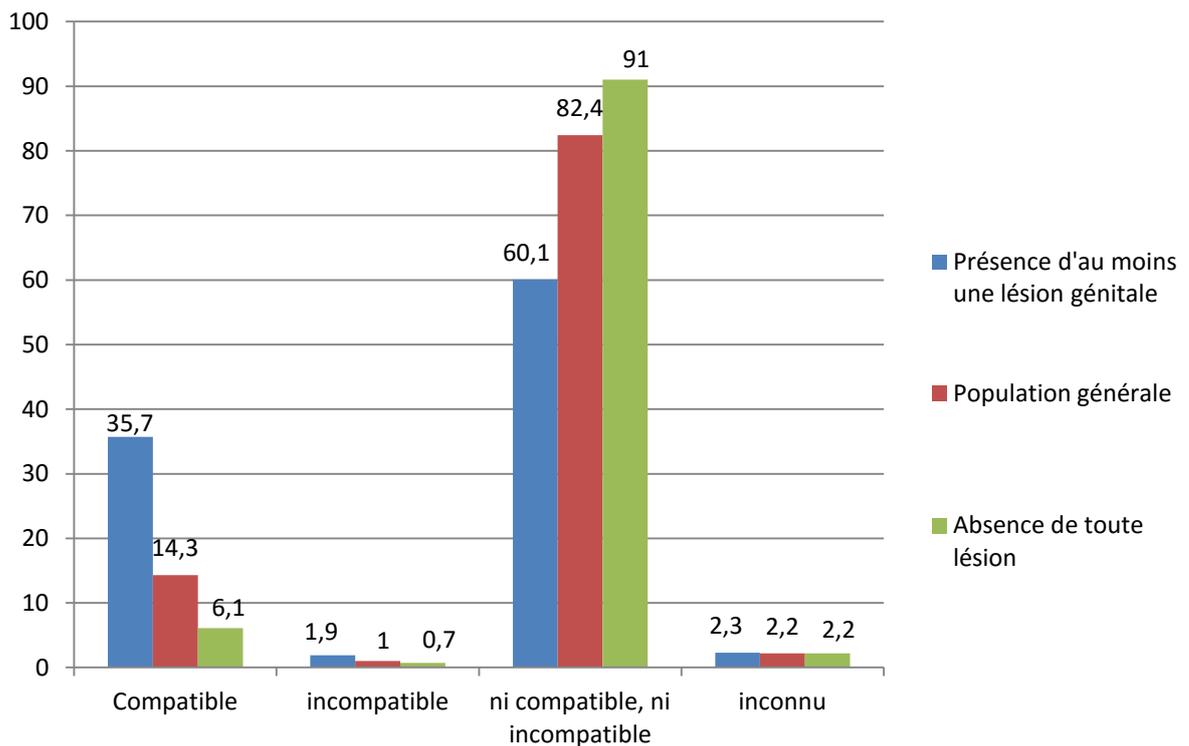


Figure 32 : Comparaison des conclusions entre victimes présentant une lésion génitale et les autres

c. Comparaison des conclusions selon la présence de lésions extra-génitales

409 victimes présentaient au moins une lésion physique extra-génitale et extra-buccale. Parmi ce groupe, 35 examens ont conclu à la compatibilité entre les constatations effectuées et les dires des victimes (9,7%), 4 à l'incompatibilité (1,1%), 311 (86,6%) n'ont conclu ni à la compatibilité, ni à l'incompatibilité. Dans 9 cas l'information était absente (2,5%).

Parmi les 360 victimes restantes, qui ne présentaient aucune lésion physique associée, 75 cas (18,4%) ont conclu à la compatibilité entre l'examen médical et les dires de la victime, 4 cas soit 1% ont conclu à l'incompatibilité, et 321 (78,7%) ne concluaient ni à la compatibilité, ni à l'incompatibilité. Dans 9 cas soit 2% l'information n'était pas disponible (figure 36).

L'ensemble de ces informations est contenue dans la figure 36.

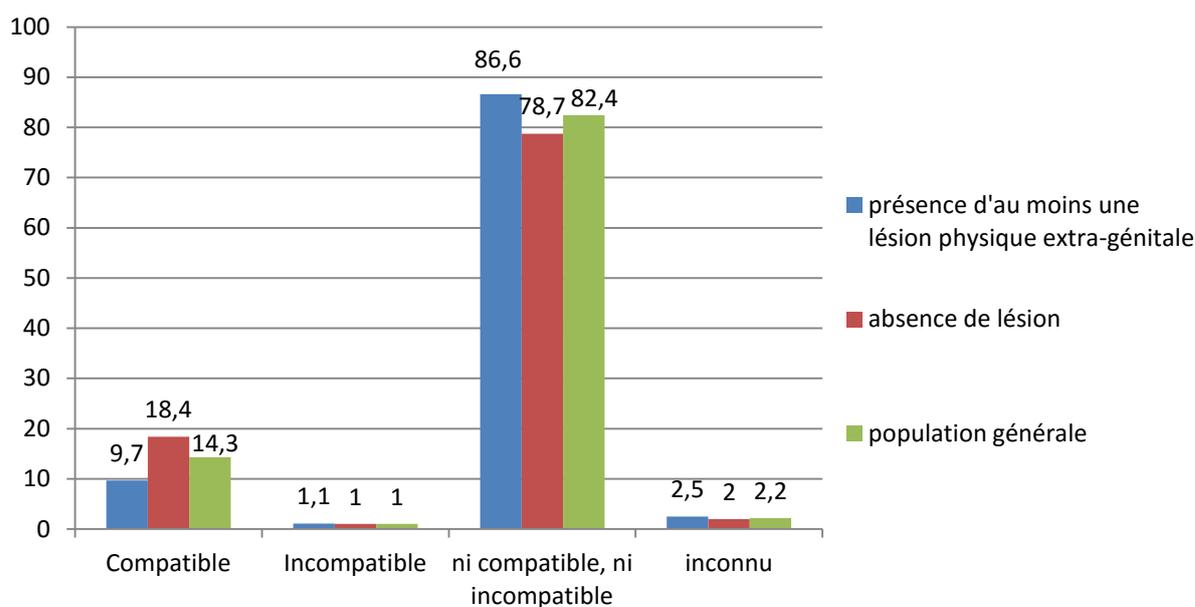


Figure 33 : Comparaison des conclusions entre victimes présentant une lésion physique extra-génitale et les autres

Les certificats médicaux ne précisait pas si leurs conclusions (compatibles, incompatibles, impossibilité de se prononcer) portaient sur les lésions physiques génitales ou extra-génitales. Cependant, en cas d'absence de lésion physique associée, l'examen extra-génital étant normal, ces conclusions ne pouvaient que porter sur d'éventuelles lésions gynécologiques observées.

d. L'incapacité totale de travail

Une majorité de victimes ne s'est vue attribuer aucun jour d'ITT. En effet aucune incapacité n'a été retenue pour 701 personnes, soit 91,1% des cas. 60 cas, soit 7,8% ont eu entre 1 et 7 jours d'ITT. Enfin seuls 8 cas, soit 1%, ont dépassé les 8 jours d'ITT. La moyenne d'ITT toute personne confondue est de 0,37 jours, avec un écart-type de 3,57 jours.

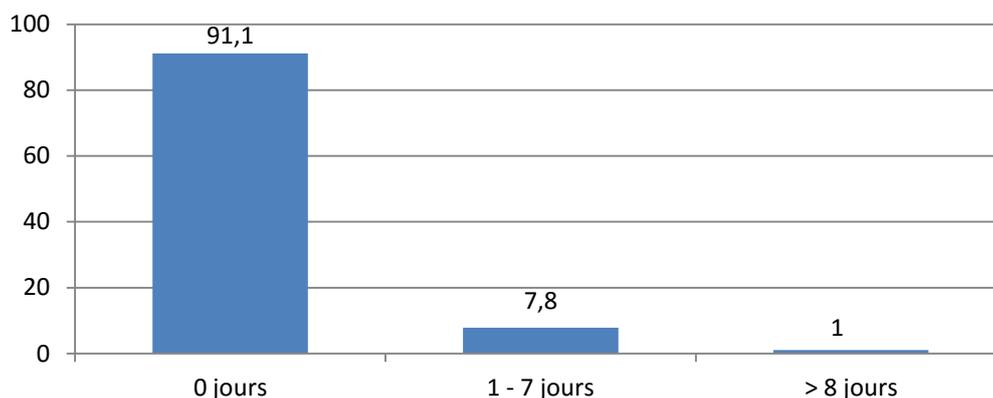


Figure 34 : Nombre de jour d'ITT moyen

5) Prélèvements

a. Généralité

Parmi les 303 victimes examinées en urgence (moins de 72 h), 286 ont eu au moins un prélèvement génétique ou toxicologique soit 94,4%.

Parmi les personnes examinées après 72 h (466), seules 46 ont bénéficié d'au moins 1 prélèvement soit 9,9%.

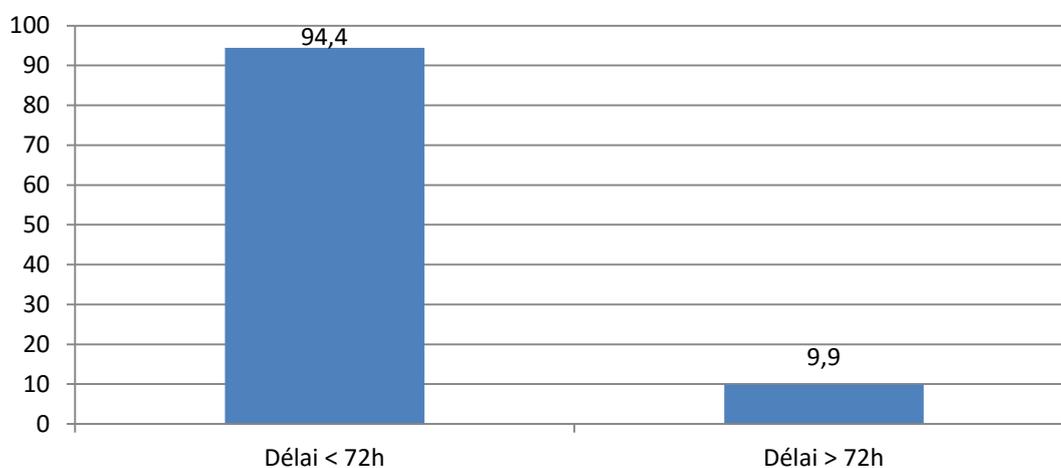


Figure 35 : Prélèvements réalisés selon le délai de prise en charge (en pourcentage)

b. Prélèvements génétiques

Dans 502 cas (65,3%), aucun prélèvement génétique n'a été réalisé.

Le prélèvement vaginal était le plus fréquemment réalisé (n=199 soit 25,9%), suivi par le prélèvement buccal (n=181 soit 23,5%), et le prélèvement anal (n=166 soit 21,6%). Le prélèvement vulvaire est plus rare (n=94 soit 12,2%), tout comme le prélèvement des vêtements de la victime (n=100 soit 13%). Les autres prélèvements sont rares : 8 cas, soit 1% pour le prélèvement des ongles pour tenter d'identifier l'auteur des faits et 4 cas (0,5%) pour les prélèvements par écouvillonnage des plaies (en cas de morsure par exemple). Un seul cas de peignage de poil pubien, c'est-à-dire de recherche de cheveux ou de poils de l'auteur a été réalisé (soit 0,1%). L'ensemble est synthétisé dans la figure 39.

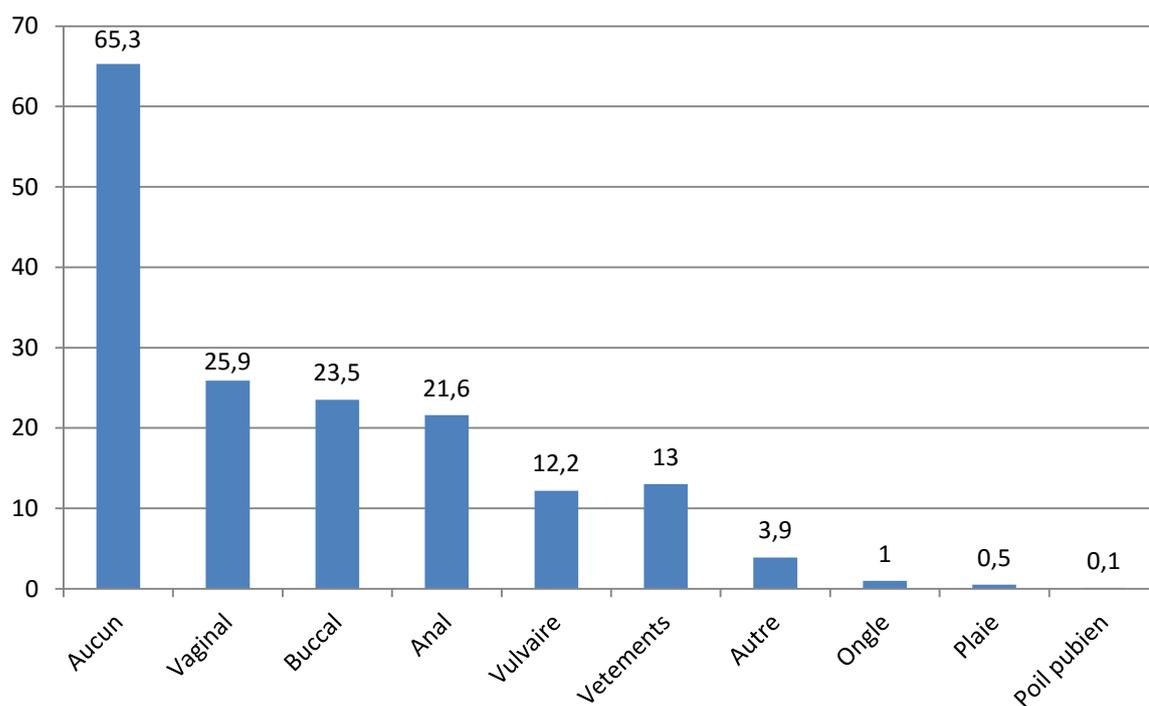


Figure 36 : Prélèvements génétiques réalisés (en pourcentage)

c. Prélèvements toxicologiques

Dans plus de trois quarts des cas (n=599 soit 77,9%), aucun prélèvement toxicologique n'a été réalisé.

Les deux prélèvements les plus fréquemment réalisés sont le prélèvement sanguin (n=151 soit 19,6%) et les urines (n=132 soit 17,2%). Les autres prélèvements (par exemple, une mèche de cheveux pour la recherche d'une exposition ancienne à des toxiques) sont extrêmement rares et représentent moins de 10 cas réunis.

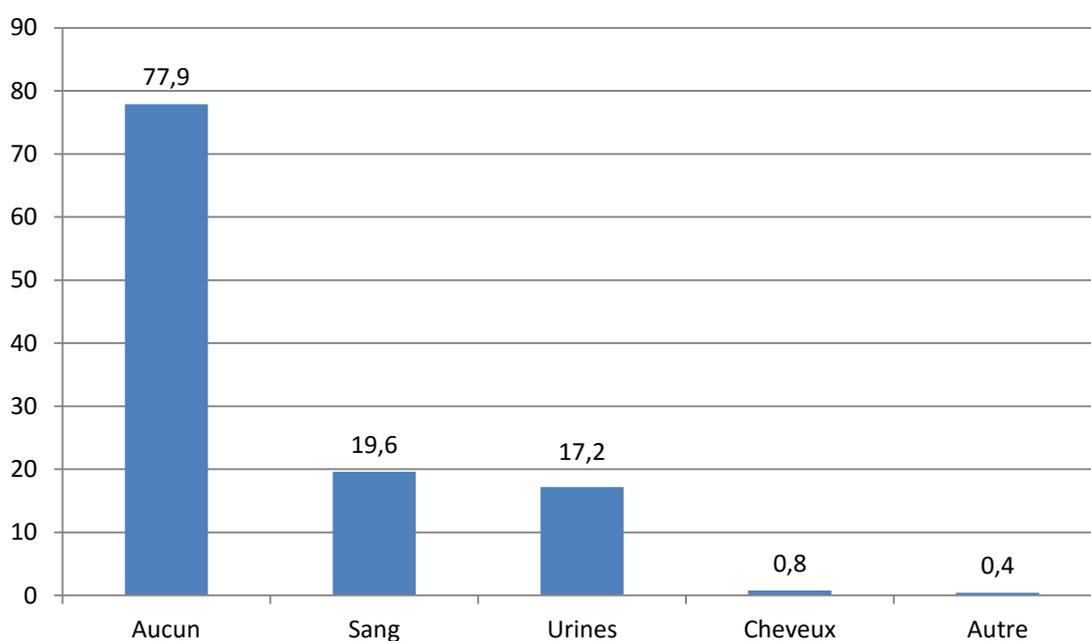


Figure 37 : Prélèvements toxicologiques réalisés (en pourcentage)

d. Prélèvements à but thérapeutique

La biologie à visée thérapeutique comprenait la sérologie VHB, VHC, VIH, la recherche d'HSV (herpes simplex virus) et de chlamydiae.

Le même protocole médical était toujours réalisé. Ce prélèvement a été réalisé chez 138 victimes soit pour 17,9% des cas.

e. Thérapeutiques administrées

29 femmes soit 3,8% des victimes ont reçu une contraception d'urgence à la suite de l'agression.

Sur le plan infectieux, 72 personnes (9,4%) ont reçu au moins un traitement à l'issue de la consultation. La trithérapie antirétrovirale était majoritaire puisque sur ces 72 personnes traitées, 68 l'ont reçue. Le reste des traitements administrés concernait surtout les immunoglobulines anti VHB (n=33 soit 4,3%). Le reste du traitement est rare et concerne une antibiothérapie ou un traitement antidépresseur (figure 41).

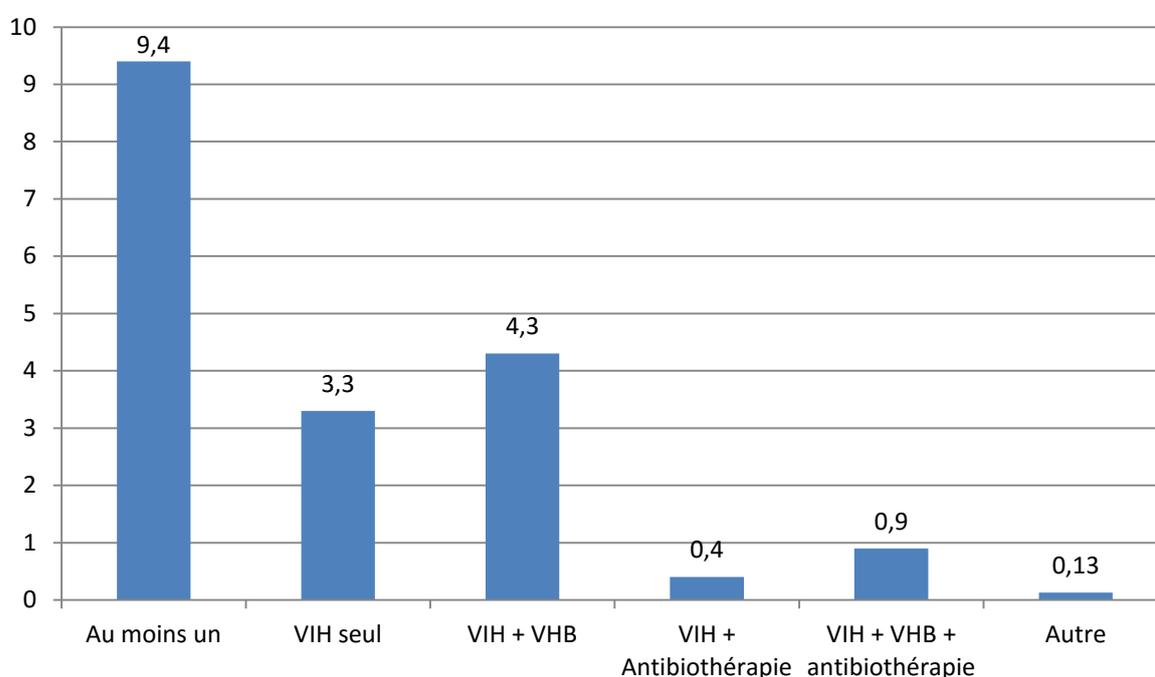


Figure 38 : Traitements administrés aux victimes (en pourcentage)

f. Complications

Les complications ont été rares.

Seules 3 femmes (0,4%) ont déclaré une grossesse suite à l'agression. Dans 2 de ces cas, une fausse couche spontanée est survenue après quelques semaines. Le devenir du 3ème cas de grossesse n'était pas connu.

Un seul cas de contamination possible par le VIH a été décrit. Il s'agissait d'une victime qui savait son agresseur séropositif de longue date, qui a subi de sa part une pénétration anale non protégée.

6) Tests statistiques

Plusieurs éléments ont été comparés grâce au test du Chi² afin de mesurer si un lien ou une différence significative les unissaient. Chacun des tests réalisés ne comprenait qu'un seul degré de liberté. Ces données sont rassemblées dans le tableau 9.

Tableau 9 : Tests de Chi² réalisés

	Valeur du Chi ²	Valeur critique du Chi ²	Lien significatif
Lésion génitale / Plusieurs agresseurs	4.69	5% = 3.84	Oui
Lésion génitale / Délai < 72h	4.44	5% = 3.84	Oui
Lésion génitale / Soumission chimique	2.07	5% = 3.84	Non
Lésion physique génitale / Lésion physique extra-génitale	1.15	5% = 3.84	Non
Délai < 72h / Conclusions	36.50	1% = 6.63	Oui
Lésions extra-génitales / Conclusions	11.60	1% = 6.63	Oui
Lésions génitales / Conclusions	156.40	1% = 6.63	Oui
Age < 18 ans / Délai < 72h	127.72	1% = 6.63	Oui

7) Devenir judiciaire

Malgré plusieurs rencontres ainsi qu'un accord de principe donné par les différents acteurs de la justice, les résultats des enquêtes judiciaires ne nous ont pas été transmis.

Il nous a donc été impossible d'analyser les suites judiciaires des victimes examinées dans le service et d'en tirer des conclusions.

V. Discussion

1) Caractéristiques des victimes

L'étude retrouve une très forte prédominance de victimes de sexe féminin. En effet sur les 769 personnes examinées, seules 102 étaient de sexe masculin (soit 13,3% des victimes), ce qui est cohérent avec les données de la littérature médicale à ce sujet (18)(19).

Plusieurs travaux ont déjà étudié les caractéristiques des victimes de violences sexuelles (20) (21) (22) et ont dénombré plusieurs facteurs de risque de subir ce type d'agression. Le premier de ces risques est le sexe féminin.

Entre autre, les autres facteurs de risque retrouvés sont l'âge (en particulier la préadolescence), le fait de vivre sans parent biologique ou encore avoir un beau-père.

En France, les données avancées par le ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes font état de 216 000 cas de violences physiques ou sexuelles contre les femmes déclarés durant l'année 2014 (23). Ce chiffre, ne comprenant que les victimes majeures, apparaît en nette augmentation depuis 2013. Ces données affirment que seules 14% des femmes auraient déposé plainte suite à ces violences. Ce chiffre diminue à 10% en cas de violence de nature sexuelle.

Même si ces chiffres sont élevés, ils restent bien inférieurs à ceux relevés dans d'autres pays du monde, en particulier les pays en développement (24). Le rapport rédigé par l'ONU femme fait état d'une femme sur trois dans le monde victime de violences physiques ou sexuelles, dont la plupart seraient commises par le conjoint (25). Ce document rappelle qu'en 2012, une femme morte sur deux dans le monde l'a été sous les coups de son conjoint ou d'un membre de sa famille, contre seulement un homme sur vingt. Enfin, ce rapport rapporte que dans certains pays, plus d'un tiers des femmes déclarent avoir vécu leur premier rapport sexuel forcé.

Les victimes de sexe masculin sont ici sous-représentées. Plusieurs travaux tendent à montrer que la fréquence de ces violences semble aujourd'hui sous-estimées (19) (26). Les raisons pouvant l'expliquer sont multiples comme la honte,

ou la pensée chez certains qu'un homme ne peut pas être sexuellement agressé. Ces violences faites sur les hommes diffèrent sur leur fréquence mais également sur de multiples facteurs comme le lieu ou la violence des agressions. Dans cette étude d'ailleurs, l'intégralité des faits s'étant déroulés en maison d'arrêt (4 cas) concernent des hommes. Cependant si les travaux concernant les victimes enfants ou adolescents sont nombreux (27) (28) (29) (30), ceux centrés sur les hommes sont rares.

Le travail présenté retrouve également une majorité de victimes jeunes. L'âge moyen, tout sexe confondu était de 17,42 ans, Les moins de 15 ans représentent presque la moitié des victimes. Ces résultats sont cohérents avec les données de la littérature, c'est à dire un peu au dessus de l'âge moyen avancé par des études précédentes à savoir 14-15 ans (31) (32) mais très inférieur à l'âge moyen de 25 ans retrouvé récemment par Niort et al sur une population de victimes de VSX vu à l'UMJ de Marseille (18). La faible proportion de victimes de plus de 25 ans avait également été mise en évidence dans un travail rétrospectif du même type sur Lille (14).

La littérature rapporte qu'en dehors des violences intrafamiliales, l'enfant possède un cadre protecteur souvent efficace qui participe à la révélation des faits. Cette révélation est donc souvent précoce et spontanée (31). En revanche, lorsque l'agresseur est membre de la famille, la divulgation des faits est plus complexe et tardive. En pratique, notre étude montre que sur les 483 victimes mineures seules 116 ont pu être examinée en urgence contre 186 majeures vues en urgence sur les 286 que comptait l'étude. De plus, les agresseurs sont dans le cercle familial dans quasiment 30 % des cas (parents, beaux-parents, oncles, frères, demi- frères, etc.). Ces chiffres montrent qu'en pratique les violences sur mineurs sont régulièrement intra-familiale et qu'il existe souvent un délai plus long entre les faits et l'examen. Cela suggère qu'il puisse s'agir d'un délai avant que les faits soient évoqués par la victime ou un délai entre l'évocation des faits et l'initiation d'une action judiciaire. Nous le reverrons plus tard, mais ce délai entre les faits et l'examen limite l'apport de l'examen médical et des prélèvements.

Il est rapporté dans certaines études que le faible nombre de victimes qui font la démarche de rapporter les violences pourrait être lié à certains facteurs et notamment l'absence de cadre familial du jeune adulte ou l'absence de cadre marital ou encore le peu de soutien pour dénoncer les faits (33). Si ces éléments sont à

considérer, notre étude montre cependant que les prises en charges faites en urgence concernent surtout des victimes majeures. Cela permet de dire que si les faits sont sûrement sous déclarés par les victimes, les victimes majeures ont cependant plus tendance à dénoncer à proximité des faits. Cela permet une collecte rapide d'éléments médicaux et limite le risque de complication médicale.

Dans notre étude un taux très faible d'antécédent personnel de violences sexuelles a été retrouvé (2 victimes au total soit 0,25%). Cette proportion apparaît plus faible que dans la littérature (35). Là encore, ces chiffres du présent travail posent la question de cette sous-représentation des victimes déjà violentées par le passé. Les « freins » déjà présentés précédemment tels que la proximité entre l'agresseur et la victime peuvent expliquer cette « sous dénonciation » observée.

Ces points mettent en évidence un constat déjà observé dans la littérature médicale, à savoir la difficulté qu'ont les victimes à porter les faits devant la justice (31). Cette difficulté apparaît d'autant plus élevée si la victime est jeune et si l'agresseur est un membre de la famille.

La situation matrimoniale et professionnelle des personnes examinées est concordante elle aussi avec le jeune âge moyen observé. En effet seules 7% des victimes étaient en couple et moins de 1% disaient exercer une activité professionnelle.

Excepté le jeune âge, la sous-représentation de personnes vivant en couple peut également s'expliquer par l'hésitation que la littérature attribue aux femmes de porter en justice les violences conjugales, en particulier sexuelles : les violences sexuelles conjugales seraient donc sous-représentées (36). En pratique le dépôt de plainte d'une épouse ou d'une conjointe pour ce type de fait est exceptionnel, pour plusieurs raisons

- Peur de l'explosion de la famille ou de représailles du conjoint.
- La contrainte matérielle, avec impossibilité de quitter le domicile, peur d'être à la rue.
- La notion de viol entre époux n'est pas encore intégrée dans certains milieux ou chez les patientes plus âgées. C'est la notion du « devoir » conjugal. Ces femmes ignorant leurs droits ne signalent pas les faits à la justice et ne sont pas vues en consultation médico-légale.

Plus d'un certificat sur cinq ne mentionnait pas la situation matrimoniale de la victime, et presque un tiers ne comportait pas la situation professionnelle. Ce type d'informations n'était pas demandé par le magistrat, ce qui peut expliquer pourquoi elles sont manquantes.

Etant majoritairement jeunes, une majorité des victimes examinées ne présentaient aucun antécédent médical ou chirurgical. Seuls les antécédents psychiatriques (syndrome dépressif, schizophrénie, autres psychoses...) se sont démarqués des autres par leur fréquence (8.5%) et par le nombre de traitement consommé. Cependant cette fréquence n'apparaît pas plus élevée que dans la population générale (37).

De même, dans la population générale de l'étude, seule une victime sur cinq déclarait bénéficier d'une contraception régulière (20%). Ces chiffres sont à mettre en corrélation avec l'âge des victimes. La proportion est plus élevée chez les personnes âgées de 15 ans et plus (35,9%) alors qu'elle est presque nulle chez les moins de 15 ans (2 victimes soit 0,26%). La contraception par pilule domine (oestroprogestative ou progestatif seul), suivie de près par l'implant hormonal sous-cutané (délivrant un progestatif en continu). Les autres méthodes sont quant à elles très rares.

La proportion de patientes de plus de 15 ans bénéficiant d'une contraception régulière est ici plus basse que dans la population générale (38) (39).

Au total plus de la moitié des victimes (56%) disaient n'avoir encore jamais entretenu de rapport sexuel consenti au moment de l'agression. Ces victimes appartenaient à toutes les catégories d'âge mais les proportions différaient :

- 93% chez les moins de 15 ans.
- 25% chez les 15 ans et plus
- Enfin chez les plus de 25 ans, seules 10% disaient ne jamais avoir entretenu de rapports sexuels librement consentis

Ces chiffres sont concordants avec les données de la littérature concernant l'âge moyen du premier rapport sexuel en France (40) (41). La proportion de personne ayant déjà eu des rapports sexuels, très faible chez les moins de 15 ans augmente progressivement avec l'âge. On retrouve également cette tendance en ce qui concerne les antécédents de grossesses et de parité.

La recherche des facteurs de vulnérabilité était particulièrement importante au cours de l'étude, en effet leur présence ou leur absence peut modifier les charges portant sur l'agresseur : c'est la notion de circonstances aggravantes. L'article 222-24 du nouveau code pénal définit les facteurs de vulnérabilité et en énumère 5 : « âge, maladie ou infirmité, déficience physique ou psychique, état de grossesse apparente ».

Aucun texte de loi ne précise avant ou après quel âge une personne est définie comme vulnérable, afin de laisser au magistrat la possibilité de retenir ou non la vulnérabilité selon le développement de chaque victime. Dans l'étude 350 victimes étaient âgées de moins de 15 ans soit 45,6%, ce qui porte à plus d'un sur deux la proportion de personnes vulnérables en prenant cet âge en compte.

Seules 4 victimes étaient âgées de plus de 70 ans. La moitié de ces personnes présentait au moins un autre facteur de vulnérabilité que celui de l'âge. L'agresseur était alors toujours un auteur inconnu de la victime, qui faisait effraction au domicile de celle-ci dans la nuit. Les $\frac{3}{4}$ des cas étaient constitués d'attouchements seuls et l'unique cas de lésion anale retrouvé n'était pas causé par une pénétration mais pas un objet coupant (culot de bouteille en verre).

Excepté l'âge, les autres facteurs de vulnérabilité étaient rares puisque 92,5% des victimes examinées n'en présentaient aucun. Seules 2 victimes étaient enceintes lors de l'agression. Le certificat ne mentionnait pas le nombre de semaines d'aménorrhée, il est donc impossible de savoir si ces grossesses étaient visibles ou connues de l'agresseur. La loi ne retient cet état de vulnérabilité que si la grossesse est connue de l'agresseur ou explicitement visible.

Enfin, 24 personnes présentaient un retard mental soit 3,1%, ce qui est semblable à la population générale (42) (43) (44). Les personnes souffrantes de retard mental ne sont donc pas surreprésentées dans le travail présenté, alors que la littérature médicale semble indiquer qu'elles sont davantage victimes d'agressions sexuelles que la population générale (45). Cet état de fait peut être lié à une impossibilité pour elles de dénoncer les faits, ou à une recherche trop peu répandue de la part des professionnels de santé ou sociaux.(46) (47). De plus, la littérature a montré que chez ces personnes fragiles, les conséquences psychiques sont plus fréquentes et plus graves que chez la population générale (48). Il reste donc des efforts à faire pour détecter et prendre en charge ce type de victime.

2) Caractéristiques de l'agression.

a. Lieu et délai avant consultation

Dans l'étude, un peu moins d'un cas sur deux se déroule au domicile de la victime ou de l'auteur. Cet état de fait coïncide avec le fait que la victime connaisse son agresseur dans la plupart des cas.

Il s'agit en général du lieu de vie des 2 personnes dans le cadre de violences intrafamiliales.

Une quinzaine de cas d'agression dans des foyers-logement pour jeunes ont été dénombrés. A chaque fois l'agresseur présumé était un autre membre du foyer. Les autres lieux d'agressions recueillis étaient très divers : supermarché, lieu de travail, terrain vague...

Enfin 10% des agressions avaient lieu sur la voie publique. Les caractéristiques diffèrent alors :

- Plusieurs agresseurs sont mis en cause dans 31% des cas contre 11% en général.
- L'auteur était connu dans 32% des cas, contre plus de 70% des cas dans l'étude.
- Aucun cas de lien familial avec l'auteur n'a été retrouvé dans ce cas.

Le délai de prise en charge des victimes est une donnée particulièrement importante ici. Dans l'étude 39% des victimes ont été examinées moins de 72h après l'agression. Le délai avant consultation est alors de 18 heures en moyenne. Ce temps s'allonge fortement au delà : les 51% de victimes examinées après 72h ont une moyenne de 170 jours avant l'examen médical.

Ce délai extrêmement long peut s'expliquer par le fait que certaines victimes dénoncent les faits plusieurs mois, voire plusieurs années après qu'ils aient été commis. Ce constat est particulièrement vrai dans le cadre de violences intrafamiliales (31). Dans ce cas le délai moyen avant consultation est de 207 jours en moyenne, contre seulement 43 jours en dehors de la famille.

De même, notre étude a montré que seules 16% des victimes mineures ont été examinées avant 72h, contre plus de 65% pour les victimes majeures. La dénonciation des faits est donc plus tardive dans cette population.

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette hésitation, voire cette peur de révéler l'agression subie (31):

- Le manque de soutien de l'entourage, la crainte de ne pas être crue
- La présence de pressions voire de menaces de la part des proches ou de l'agresseur lui-même.
- La menace de l'éclatement de la famille, la pauvreté matérielle (peur d'être à la rue).
- Parfois les faits sont révélés par une ou d'autres personne(s) que la victime, notamment chez l'enfant très jeune.

b. Le(s) auteur(s)

L'auteur est unique dans 4 cas sur 5. L'agression sexuelle en réunion, c'est-à-dire avec plusieurs agresseurs est plutôt rare. Les auteurs sont en général inconnus et l'agression se déroule majoritairement sur la voie publique. Dans 3 cas, il n'y avait pas d'auteur désigné : il s'agissait à chaque fois de jeunes enfants amenés à la consultation par leurs parents suite à des soupçons, souvent dans le cadre de conflit familial, et qui ne se plaignaient de rien. Enfin, le nombre d'auteurs est inconnu dans un peu plus d'un cas sur 20 (6,6%). Il s'agit alors d'amnésies des faits ou alors d'un nombre d'auteurs trop élevé pour être précisément connu de la victime.

Dans plus de 7 cas sur 10, l'auteur était connu de sa victime. La littérature médicale a déjà retrouvé cette information, montrant également que c'est chez l'enfant ou chez l'adolescent que ce chiffre est le plus haut (30) (22).

L'auteur a un lien familial avec sa victime dans un tiers des cas (32,7%). Il s'agit le plus souvent d'une personne ayant autorité sur la victime (père et autre ascendant familial représentent à eux seuls 45% des cas de violences intrafamiliales) puis d'un membre de la fratrie. Ces données sont conformes à plusieurs études publiées sur le sujet (18) (49).

c. L'acte sexuel

Le code pénal retient le viol s'il existe une pénétration, quelle qu'elle soit. Tous les types de pénétrations recensés ici (pénienne, digitale ou avec objet) sont donc considérés comme des viols aux yeux de la loi.

La pénétration pénienne constitue à elle seule la moitié des actes recensés (49,5%). Cette pénétration est alors vaginale dans les deux tiers des cas (68,4%), suivie par la pénétration buccale (41%) et la pénétration anale (29%). Le total enregistré dépasse 100% car certaines personnes disaient avoir été victimes de plusieurs types de pénétration au cours de la même agression. En 2014, Niort et Al, dans une étude réalisée sur les victimes de viol reçues au CHU de Marseille, retrouvaient un taux similaire de pénétration vaginale (64.9%) et anale (26%), tandis que la proportion de pénétration buccale apparaissait inférieure à celle observée ici (23.9%).

Enfin, dans 16% des cas, le type de pénétration est inconnu. Il s'agissait alors de victimes trop jeunes pour s'exprimer, ou présentant une amnésie des faits. Dans la plupart des cas, cette amnésie était secondaire à une prise de toxiques. C'est l'alcool qui était majoritairement rapporté (14,4%), suivis par la consommation de cannabis (3,6%), puis par celle d'autres toxiques (médicamenteux ou stupéfiants). Les résultats toxicologiques n'étant pas disponibles au moment de la consultation, ces faits de soumissions chimiques ont chaque fois été suspectés grâce aux dires des victimes. Là encore, les toxiques incriminés ainsi que leurs proportions respectives sont cohérents avec la littérature médicale. Entre autre, Questel et Al ont réalisé une étude en 2009 sur les victimes de violences (toutes confondues) dont l'histoire était évocatrice de soumission chimique (50). Sous l'emprise de cet état de vulnérabilité, les violences les plus fréquentes rapportées par ces victimes ont été le vol et l'agression sexuelle. Les produits incriminés étaient l'alcool dans un cas sur deux, suivi des psychotropes (benzodiazépines et apparentés). Dans notre étude, l'alcool était en général consommé en bar ou boîte de nuit, dans un contexte festif, et dans ce cas souvent associé à un ou aux deux autres toxiques recensés (cannabis et substance évocatrice de soumission chimique). Dans quelques cas, la victime nous a déclaré avoir été contrainte par le ou les auteurs à consommer ces toxiques. Il s'agissait souvent d'adolescent(e) ayant été attiré au domicile d'un ou de plusieurs agresseurs, et subissant une pression de leur part pour consommer. En

dehors de ce cadre, l'alcool était souvent consommé au domicile de façon chronique, en compagnie du conjoint.

La survenue d'une éjaculation au cours de l'agression était rarement rapportée, puisque seules 13,9% des victimes en ont rapporté une. Cependant, dans plus de 4 cas sur 10 (41,5%) la personne interrogée ignorait si elle était survenue ou non.

En cas de survenue, l'éjaculation était vaginale la plupart du temps (40,1%), puis buccale (15,1%). Dans plus d'un tiers des cas (36,8%) ce lieu était inconnu de la victime. Le praticien n'avait alors aucune orientation au moment de la réalisation des prélèvements à visée génétique. Les prélèvements étaient alors exhaustifs (buccal, vaginal, anal, vêtements...).

De même, le port de préservatif par l'agresseur était plutôt rare (5,8%). Lorsqu'il était présent, la victime rapportait en général qu'il s'agissait de rapports sexuels d'abord consentis, qui sont devenus forcés dans un second temps. L'étude Niort et Al, précédemment citée, retrouvait elle un taux de 9,3%, bien supérieur à celui mesuré ici. Cependant ce travail ne portait que sur les victimes reçues pour viol, donc ayant subi une pénétration. Notre travail comprenant également les victimes d'agressions sexuelles sans pénétration, la proportion de port de préservatif apparaît moins importante.

3) L'examen médical

a. Lieux et circonstances de l'examen

La répartition des consultations médicales est apparue relativement homogène au cours du temps. Celles-ci se sont déroulées pour plus d'un tiers dans le cadre des astreintes de nuit ou de week-end (37%). Ce chiffre apparaît plus bas que dans d'autres études passées (14). Cependant ces travaux différaient dans le recrutement de leur population. Aucun patient de moins de 15 ans n'y avait été inclus. Comme cela a déjà été dit, la révélation des faits chez ces jeunes personnes est en générale tardive. Elles sont donc souvent examinées sans urgence (pour plus de 75% des cas ici), donc en dehors des astreintes. Ces jeunes victimes ont donc fait diminuer la proportion des personnes reçues lors des astreintes médico-légale de notre étude.

Sauf exception, l'intégralité des examens sur rendez-vous (c'est-à-dire hors urgence) ont été effectués au sein de l'unité médico-judiciaire par le médecin légiste seul. En revanche, lors des astreintes les consultations ont majoritairement eu lieu aux urgences gynécologiques du CHRU de Lille, en binôme médecin légiste-gynécologue. Ce lieu était choisi lorsque des soins médicaux ou des examens complémentaires étaient à réaliser en urgence en plus des constatations médico-légales. Les chiffres à ce sujet sont d'ailleurs concordants : à 1% près la proportion de victimes reçues lors des astreintes est égale à celle où un gynécologue était présent. La quasi-totalité des victimes reçues en urgences ont donc bénéficié d'un examen en dualité d'expert, ce qui a maximisé les chances de positivité des prélèvements génétiques et toxicologique, et a réduit le délai de mise en route d'un traitement médical ou d'une contraception d'urgence. Cela a également évité aux victimes de subir deux examens médicaux.

b. Lésions physiques extra-génitales

Seule une victime sur deux présentait des lésions physiques associées aux violences sexuelles décrites. Ce chiffre est semblable à une étude précédemment réalisée dans le Nord Pas de Calais (14) mais apparaît plus élevé que dans d'autres régions (18) comme la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Ce constat peut s'expliquer pour plusieurs raisons :

- Le délai de consultation, qui est parfois long, et qui laisse le temps aux lésions physiques de guérir. Elles ne seront plus visibles lors de l'examen médical. On peut d'ailleurs observer une corrélation entre le délai de prise en charge et la présence de lésions physiques associées : les victimes vues avant 72h présentent au moins une lésion physique extra-génitale pour 63,5% des cas. Au delà de 72h, elles ne sont plus que 46,5%. Dans beaucoup de cas un certificat de coups et blessures avait déjà été établi par le médecin traitant des victimes, permettant de se faire une idée des lésions initialement présentes malgré leur disparition lors de la consultation.
- Les agressions sexuelles sont parfois réalisées sans violence physique, notamment sous la menace ou grâce à une sédation par alcool ou médicaments.

- Cette absence de violence physique est particulièrement observée lorsque l'agresseur est un membre de la famille, et d'avantage encore lorsque la victime est très jeune et reste passive (51).
- Neuf personnes sur dix examinées étaient des femmes. Or il a déjà été observé dans la littérature médicale que ce sont chez les victimes masculines qu'on retrouve le plus de lésions physiques associées (52).

Les lésions observées étaient rarement graves ou handicapantes puisque 91,1% des personnes examinées n'ont eu au final aucun jour d'ITT. D'autre part seules 0,4% des victimes présentaient une lésion osseuse ou dentaire. Ce constat a déjà été observé dans la littérature (53). La grande majorité des stigmates observés étaient donc des lésions cutanées superficielles, de toutes natures (excoriation, ecchymose, dermabrasion et plaie) et généralement non spécifiques aux violences sexuelles décrites.

La topographie des lésions physiques extra-génitales ne suivait aucune topographie particulière ou préférentielle, tout comme dans l'étude de Pollard et al de 2006 (14).

c. Lésions physiques génitales

L'examen de la sphère génitale était particulièrement important compte tenu des faits décrits. La plupart des examens n'ont mis en évidence aucune lésion de la sphère génitale (555 cas soit 72,1%). Cette absence de lésion ne signifie pas pour autant l'absence d'agression sexuelle : un rapport sexuel non consenti, peut ne pas laisser de trace. (53) (54). Ceci est particulièrement vrai dans le cadre des pénétrations digitales, ou encore chez les victimes majeures et ayant déjà entretenu des rapports sexuels avant les faits. Chez l'enfant en revanche, bien que les attouchements ne laissent habituellement pas de traces, cette affirmation est à nuancer (55). Des travaux ont en effet démontré une significativité plus grande des lésions présentes chez les victimes n'ayant jamais eu de rapport sexuel avant les faits.

La proportion de lésions physiques génitales apparaît ici légèrement supérieure aux données de la littérature à ce sujet (18) (14).

La lésion la plus fréquemment rencontrée était la lésion vulvaire (n=78 soit 10,1%). Il s'agissait d'excoriation ou d'éraflures la plupart du temps. Les grandes lèvres et la fourchette postérieure étaient les zones majoritairement touchées. Ces lésions pouvaient entre autre être causées par les ongles de l'agresseur ou correspondre à des frottements. Elles pouvaient donc être infligées sans pénétration, par de simples attouchements. Cette prédominance de lésions vulvaires, et plus particulièrement de la fourchette postérieure, est cohérente avec les données de la littérature (56) (57) (58).

L'hymen était ensuite le plus touché (n=69 soit 9% des cas). Il s'agissait la plupart du temps d'encoche ou de déchirure (c'est-à-dire de lésion de l'hymen jusqu'à sa paroi) récente ou semi-récente, c'est-à-dire ecchymotique ou inflammatoire, non cicatrisé. Là encore, cette lésion ne signifie pas nécessairement défloration. En effet pour parler de défloration au sens médico-légal du terme, il faut que l'hymen soit déchiré jusqu'à la paroi vaginale (59) (60) ce qui n'était pas toujours le cas ici. On observe d'ailleurs dans l'étude 66 cas de défloration médico-légale (8,6%), ce qui est inférieur au nombre de lésions de l'hymen observé (n=69). La différence correspond à des lésions de l'hymen incomplètes, ne s'étendant pas jusqu'à la paroi vaginale (aussi appelées encoches).

Moins d'une victime sur vingt (n=36 soit 4,7%) présentait une lésion anale. Il s'agissait dans la quasi-totalité des cas d'une fissure. La présence d'une telle lésion, bien que pouvant être secondaire à une pénétration, n'est pas spécifique et peut se rencontrer dans d'autres cadres. Elle peut par exemple survenir en cas de constipation grave ou ancienne. Elle ne signe pas non plus le caractère forcé du rapport sexuel. Ce type de lésion a déjà été observé dans la littérature (15), avec une fréquence relativement similaire (36 lésion pour 592 cas soit 6%). Niort et al, dans leur étude, précisaient que ce type de lésion était souvent retrouvé à l'examen clinique après des rapports sexuels consentis, et qu'elles ne sont pas spécifiques de violences ou de contrainte. Leur travail a d'ailleurs retrouvé un ordre similaire quant à la fréquence des lésions retrouvées, à savoir une prédominance des lésions vulvo-vaginales, de l'hymen, puis anale. Les proportions diffèrent cependant en raison de leur recrutement différent de celui présenté ici.

Les lésions endovaginales, tout comme les lésions buccales ont été rares. Elles ont été retrouvées respectivement dans 7 cas (0,9%) et 3 cas (0,4%). Si la fréquence de lésion buccale est similaire à des travaux existant (14) (15), la fréquence de lésion endovaginale apparaît ici plus basse que dans ces travaux. Cet état de fait est

encore une fois lié à une différence de recrutement. Niort et al n'avaient inclus que les victimes rapportant un viol. 100% de leurs victimes ayant subi une pénétration et leur travail a retrouvé une plus grande proportion de lésion vaginale. Pollard et al avaient inclus uniquement les victimes d'âge supérieur à 15 ans, retrouvant une proportion de viol plus importante que ici, d'où une plus grande proportion de lésion endovaginale là aussi.

Un peu moins d'un tiers des patientes présentaient une défloration ancienne lors de l'examen (n=229 soit 29,4%). Lors de l'interrogatoire des victimes, une proportion similaire affirmait avoir déjà entretenu des rapports sexuels consentis (34,2%). Une défloration ancienne est caractérisée par un hymen défloré (c'est-à-dire déchiré jusque la paroi vaginale) de façon ancienne, c'est-à-dire cicatrisé, sans lésion ecchymotique ou hémorragique. Il peut être qualifié de « vestigial », quand il n'en persiste que quelques fibres, chez les patientes plus âgées ou ayant déjà accouché. Chez cette catégorie de victimes, on peut supposer qu'une lésion de l'hymen sera plus difficile à mettre en évidence que chez les autres. Des travaux ont d'ailleurs retrouvé une fréquence de lésion de l'hymen après agression deux fois plus basse chez la victime adulte que chez la victime adolescente (22).

Enfin, l'examen gynécologique n'a pas été réalisé dans 55 cas soit 7,2%. Deux raisons peuvent l'expliquer :

- Soit parce que le praticien a jugé inutile de le pratiquer et d'imposer cela à la victime. C'est le cas par exemple lorsque la victime allègue des faits de fellation seule, que ses dires ne font pas évoquer de soumission chimique et que son âge et son abord lors de l'entretien la rendent crédible.
- Soit en cas de refus de la victime. Dans ce cas, une discussion s'est engagée avec elle pour tenter de gagner sa confiance et de la convaincre, en lui expliquant les bénéfices d'un tel examen pour la justice et pour sa santé.

Il était ensuite intéressant d'étudier la population selon le délai de prise en charge : le groupe a donc été séparé en 3 selon le délai de prise en charge (urgence, c'est-à-dire victimes examinées moins de 72h après les faits, population générale, délai supérieur à 72h). Les résultats diffèrent alors fortement selon ce délai : une différence significative a été retrouvée entre la présence d'au moins une lésion génitale et un délai de prise en charge inférieur à 72h (Valeur du $\chi^2 = 4,44$ pour une valeur critique de 3.84 avec un risque $\alpha=0,05$).

Dans le détail on observe une proportion de lésions vulvaire, endovaginale, anale, buccale et de défloration médico-légale significativement plus élevée chez les victimes reçues en urgences. Seules les lésions de l'hymen ne semblent pas suivre cette tendance dans notre étude.

Dans l'étude de 2006 précédemment citée, Pollard et al (14) retrouvaient eux aussi une différence de fréquence entre les victimes reçues lors des astreintes et les autres (présence d'au moins une lésion génitale dans respectivement 32,3% et 22,3% des cas). Il n'y avait en revanche pas eu de test statistique pour tester la significativité de ces tests. Niort et al quant à eux n'avaient pas étudié cette donnée.

d. Retentissement psychologique

Un peu moins d'un quart des victimes ont été considérées comme présentant un retentissement psychologique marqué au cours de la consultation. Cette faible proportion peut s'expliquer entre autre par plusieurs raisons :

- Le grand nombre de jeunes enfants, qui n'avaient pas forcément réalisé et intégré psychologiquement ce qui s'était passé. L'interrogatoire réalisé auprès de ces jeunes victimes et de leurs parents montrait que l'événement n'avait pas entraîné de modification particulière de l'humeur ou du comportement. Ceci s'explique en partie, chez le petit enfant, par l'incapacité à définir le réel de l'imaginaire comme certains travaux de pédopsychiatrie l'ont montrés (61). Pollard et al, dans leurs travaux de 2006 (14) retrouvaient d'ailleurs une proportion de retentissement psychologique de 52,7%, soit presque le double du chiffre avancé ici. Ce travail n'incluait cependant que des victimes majeures. Celles-ci avaient donc pleinement conscience du traumatisme subi d'où une proportion de retentissement psychologique plus important.
- Les faits étaient répétés pour un certain nombre de victimes. Ceci est particulièrement vrai dans le cadre des violences conjugales, ou les victimes restaient en couple parfois plusieurs années malgré les violences répétées. Des travaux en matière de psychologie ont démontré la résignation des victimes lors de ces situations, n'entraînant aucune réaction de leur part dans plus de la moitié des cas (62) (63). Les raisons conduisant les victimes à ne pas réagir ont elles aussi été étudiées (64). La consultation était alors motivée par un nouvel

événement de vie, par exemple lorsque l'agresseur s'en était cette fois pris à un enfant. Il semble cependant exister une prise de conscience des victimes depuis quelques années, conduisant à une hausse des plaintes pour ce type d'agression (65). Cette prise de conscience des femmes est le résultat du travail accompli par les acteurs sociaux, de santé et des associations.

- En cas d'amnésie des faits, la victime ne pouvait que soupçonner l'agression. On peut alors supposer qu'une plus faible proportion de ces victimes présentent un retentissement psychologique que celles se remémorant l'agression. Cependant des travaux ont démontré l'existence d'un autre type de retentissement psychologique, non pas lié à l'agression elle-même mais à la déresponsabilisation voir l'impunité de l'auteur devant la justice, plus fréquente en cas d'amnésie de la victime secondaire à l'alcool (66). Dans ce cas la prise en charge psychologique initiale apparaît particulièrement importante.

Même lorsque la symptomatologie n'était pas particulièrement marquée, une consultation avec la psychologue du service a été proposée. Cette consultation pouvait avoir lieu sur place, immédiatement en journée, ou le lendemain si la consultation avait lieu durant une astreinte de nuit. Cette consultation a été acceptée pour 6,5% des victimes uniquement, et refusée par 22,9 %. Pour les 70,6 % restant, la victime ne souhaitait pas de prise en charge psychologique immédiate mais souhaitait pouvoir initier celle-ci au décours de l'examen. Les coordonnées de la psychologue et de l'association d'aide aux victimes lui avaient alors été laissées en cas de besoin.

Plusieurs travaux ont démontré la nécessité de ce suivi psychologique, plus particulièrement chez l'enfant (67), afin de prévenir les troubles du développement et du comportement. En effet chez la population d'adolescent s'étant scarifié, un antécédent d'abus sexuel est retrouvé dans plus d'un cas sur deux (ce constat est également retrouvé en moindre proportion chez les adolescents souffrant d'obésité). De même, il a été montré qu'un soutien précoce chez l'enfant victime de violence réduit les conséquences psychologiques à long terme, d'où l'importance d'une prise en charge rapide et adaptée (68).

4) Les conclusions

Au total, un peu plus de 15% des examens ont permis au praticien de se prononcer, c'est-à-dire d'affirmer la compatibilité ou non des lésions constatées avec les faits décrits par la victime. La majorité de ces certificats concluait à la compatibilité (110 cas au total soit 14,3%). L'incompatibilité n'a été retenue que pour 8 cas, soit 1% des victimes. Pour 8 certificats sur 10 donc, l'examen ne permettait de conclure ni à la compatibilité, ni à l'incompatibilité.

Ces résultats rappellent que dans le cadre des violences sexuelles, peu de lésions sont spécifiques et que leur présence ne permet pas toujours de se prononcer sur la compatibilité avec la survenue d'une agression sexuelle.

Chez les victimes reçues en urgence, cette proportion de certificat permettant de conclure augmente à un quart (24,7%), tandis que chez les personnes examinées après 72h, il baisse à 10,4%.

Ces données montrent donc qu'une prise en charge précoce des victimes permet des conclusions de meilleures qualités, avec une utilité plus grande pour la justice.

Le travail présenté a également montré un lien significatif entre la présence de lésion génitale et la compatibilité prononcée par le médecin légiste. En effet dans le groupe de victimes ne présentant aucune lésion (555 personnes), seuls 6,1% des certificats se sont prononcés compatibles. Ce chiffre monte à plus de 35% chez les victimes examinées avant 72h. Ce constat n'a en revanche pas été retrouvé pour les lésions physiques extra-génitales, pour lesquelles aucune concordance n'apparaît avec le taux de conclusion utile.

5) Les prélèvements effectués

Là encore, une forte disparité apparaît entre les victimes examinées en urgences et les autres. Près de 95% des victimes examinées dans les 72h ont bénéficié d'au moins un prélèvement, tandis que pour les autres ce chiffre s'effondre à moins de 10%.

Les raisons sont simples :

- Le délai pour pratiquer des prélèvements génétiques est de 72h. Passé ce temps, ceux-ci deviennent inutiles, les traces génétiques laissées par l'agresseur étant détériorées (69) (70).
- De même, sur le plan médical, le délai maximal pour instaurer un traitement d'urgence est de 72h (par exemple, la trithérapie anti VIH), tout comme pour prescrire une pilule du lendemain (71) (72).

Lorsqu'un prélèvement était réalisé, il était la plupart du temps vulvo-vaginal (25,9%), puis buccal (23,5%) et enfin anal (21,6%). En effet ces trois zones sont en général prélevées à titre systématique, afin d'augmenter les chances de trouver un prélèvement exploitable. Les autres lieux de prélèvements sont plus rares (vêtements, ongles, plaie...) et étaient uniquement orientés par la clinique (par exemple, prélèvement des ongles de la victime si elle était susceptible d'avoir griffé son agresseur)

Les prélèvements toxicologiques étaient rares, là encore en raison du délai avant consultation qui était majoritairement long. Trois quarts des patients n'en ont eu aucun. Lorsqu'il avait lieu, généralement dans la prise en charge d'urgence de moins de 72h, il s'agissait en grande majorité de prise de sang (19.6%) et d'urines (17.2%), à la recherche de stupéfiants ou de substances témoignant d'une soumission chimique. Les autres prélèvements étaient rares et divers (cheveux, poils...). Le prélèvement de cheveux de la victime est rarement réalisé en urgence. En effet, il faut attendre quelques semaines que la pousse permette une collecte de la partie du cheveu présente à la racine au moment des faits (c'est à ce moment là que la substance recherchée est introduite dans le bulbe, puis dans le cheveu). Il faut donc dans ce cas convoquer le patient quelques semaines plus tard, en précisant bien de ne pas se couper les cheveux (73) (74).

Enfin, environ 10% des victimes ont bénéficié d'au moins un traitement d'urgence. Ce traitement était constitué d'une tri-thérapie anti VIH, d'immunoglobulines anti VHB et d'antibiothérapie, dans diverses proportions ou association en fonction du contexte clinique.

Plusieurs publications sur la prise en charge des victimes d'agressions sexuelles dans la littérature médicale ont montré des protocoles similaires (75) (70).

6) Tests statistiques

La plupart des tests statistiques effectués ont été significatifs. Ils montrent :

- Que la proportion de lésions génitales est plus élevée lorsque la consultation s'effectue en urgence (avant 72h), ainsi qu'en présence de plusieurs agresseurs.
- Que les conclusions du médecin légiste sont exploitables dans une proportion plus grande lorsque la consultation a lieu en urgence, et en cas de présence de lésions physiques (qu'elles soient génitales ou extra-génitales).

Le certificat sera donc utile à la justice dans une proportion significativement plus grande en cas de consultation rapide. Les acteurs de santé et de justice doivent tout mettre en œuvre pour que la victime soit examinée rapidement.

Il est donc important qu'ils orientent au plus vite les victimes vers les centres dédiés (principalement les CHRU), afin qu'elles soient examinées par un médecin légiste à temps.

Enfin aucun lien significatif n'a été retrouvé entre une soumission chimique soupçonnée et la présence de lésion génitale, de même qu'entre la présence de lésions physiques génitales et extra-génitales.

7) Devenir judiciaire

Bien que les données judiciaires n'aient pas été obtenues pour ce travail, les acteurs de la justice concernés avaient donné leur accord pour nous les transmettre. L'obtention de ces informations, toujours en attente à l'heure actuelle, pourra permettre de finaliser ce travail en corrélant les résultats cliniques obtenus ici avec les suites judiciaires.

VI. Conclusion

Les violences sexuelles sont fréquentes de nos jours. Le nombre d'agressions portées en justice apparaît encore élevé malgré les nombreux efforts des différents acteurs sociaux ou de santé.

Cette hausse mesurée des violences sexuelles examinées sur réquisitions, donc portées en justice, peut s'expliquer au moins en partie par un changement de comportement des victimes, aidée par la médiatisation et différentes associations auparavant absentes, qui les aident à dénoncer les faits subis. Ce changement de mentalité apparaît comme un progrès pour les victimes. Celles-ci affirment davantage leurs droits en dénonçant les faits, même s'il reste du chemin à parcourir.

Le délai écoulé avant la consultation médicale est apparu comme un facteur déterminant pour la qualité de cette prise en charge et pour l'utilité du certificat rédigé à l'issue de la consultation.

En effet le travail présenté a démontré de nombreuses différences significatives entre les certificats des victimes examinées en urgence et les autres :

- Les lésions physiques génitales et extra-génitales sont significativement plus fréquentes chez les victimes examinées en urgences.
- L'examen clinique réalisé a permis de conclure dans une proportion significativement plus élevée chez les personnes vues en urgence.
- Des prélèvements génétiques ont été réalisés beaucoup plus souvent chez les victimes examinées avant 72h.

L'intérêt de l'examen, aussi bien sur le plan judiciaire que médical est donc bien moindre au delà d'un délai supérieur à 72h. Ce délai reste élevé malgré toutes les campagnes de prévention et d'information à ce sujet, plus particulièrement chez les victimes les plus jeunes. En effet, à l'heure actuelle et selon notre travail, moins d'une victime sur deux est examinée en urgence.

Des progrès restent donc à faire vis-à-vis des victimes afin de les accompagner pour dénoncer les faits plus tôt, et ainsi permettre la survenue de constatations utiles à la justice et à la manifestation de la vérité.

VII. Références bibliographiques

1. SUARDATFS. Evolution du concept de violences sexuelles à travers l'histoire [Internet]. Le blog de l'A.T.F.S. Disponible sur: <http://www.atfs.fr/pages/47-evolutions-du-concept-de-violences-sexuelles-a-travers-l-histoire-8809479.html>
2. Féray J-C. Grecques, les moeurs du hanneton: Histoire du mot pédérastie et de ses dérivés en langue française. Quintes-Feuilles; 2004. 318 p.
3. Charageat M. La confrontation des genres au tribunal au Moyen Âge (XIVe-XVIe siècles). Une relecture des relations de couples en conflit. Genre Hist [Internet]. 28 nov 2009. Disponible sur: <https://genrehistoire.revues.org/775?lang=fr>
4. Gonthier N. Le châtement du crime au Moyen Âge: xiie-xvie siècles. Presses universitaires de Rennes; 2015. 315 p.
5. Pastorello T. L'abolition du crime de sodomie en 1791 : un long processus social, répressif et pénal. Cah D'histoire Rev D'histoire Crit. 1 juill 2010. p 112-113, p197-208.
6. Leriche A. Petite histoire du viol conjugal et de la honte. Le sociographe. 1 sept 2008; p 85-94.
7. Notes sur la pédophilie et les seuils de consentement [Internet]. AgoraVox. 2009. Disponible sur: <http://www.agoravox.fr/tribune-libre/article/notes-sur-la-pedophilie-et-les-64378>
8. Histoire de la pénalisation des violences sexuelles en France - [Internet]. Disponible sur: <http://prendreledroit.org/histoire/>
9. Ferron L. Vigarello Georges, Histoire du viol XVIe-XXe siècle, Paris, Seuil, 1998, 357 p. Clio Femmes Genre Hist [Internet]. Disponible sur: <https://clio.revues.org/303>
10. La Déclaration universelle des droits de l'homme | Nations Unies [Internet]. Disponible sur: <http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/index.html>
11. Code pénal - Article 222-22. Code pénal.
12. Le consentement en matière d'agression sexuelle : peut-on sortir du labyrinthe sans le fil d'Ariane? [Internet]. Disponible sur: <https://www.erudit.org/revue/cd/1988/v29/n2/042892ar.pdf>
13. Les agressions sexuelles (viol, agression sexuelle) [Internet]. Juritravail. Disponible sur: <http://www.juritravail.com/Actualite/crimes-delits/ld/128661>
14. Pollard J. Agressions sexuelles chez l'adulte: étude descriptive lilloise à partir de 436 dossiers. 2008. 224 p.
15. Niort F, Delteil C, Capasso F, Torrents R, Leonetti G, Piercecchi-Marti M-D. Étude rétrospective épidémioclinique sur 10 ans des victimes de viols reçues en consultation à l'Institut médico-légal de Marseille, CHU de Timone. Analyse de

- 592 cas de victime de viol. *Rev Médecine Légale*. juin 2014
16. SIDES, item 64 : état de stress post-traumatique [Wiki-SIDES] [Internet]. Disponible sur: http://wiki.side-sante.fr/doku.php?id=sides:ref:psy:item_64:etat_de_stress_post-traumatique
 17. Garat P, Faroudja J.M. Certificats : principes et risques. L'ITT pénale : qu'est-ce que c'est ? Les entretiens de Bichat, Sept 2012 [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/itt_0.pdf
 18. Niort F, Delteil C, Capasso F, Torrents R, Leonetti G, Piercecchi-Marti M-D. Étude rétrospective épidémioclinique sur 10ans des victimes de viols reçues en consultation à l'Institut médico-légal de Marseille, CHU de Timone. *Analyse de 592 cas de victime de viol. Rev Médecine Légale*. juin 2014;5(2):62- 9.
 19. Hiquet J, Groleron Gros N, Gromb S. L'homme face aux violences sexuelles. Onze ans d'expérience au centre d'accueil en urgence des victimes d'agression (CAUVA) du CHU de Bordeaux. *Rev Médecine Légale*. mai 2012;3(2):64-71.
 20. Finkelhor D. Special Issue Clinical Recognition of Sexually Abused Children Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 1 janv 1993;17(1):67-70.
 21. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Salzinger S. A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse Negl*. nov 1998;22(11):1065-78.
 22. Comparative Analysis of Adult versus Adolescent Sexual Assault : Epidemiology and Patterns of Anogenital Injury [Internet]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/profile/Jeffrey_Jones4/publication/10631069_Comparative_analysis_of_adult_versus_adolescent_sexual_assault_epidemiology_and_patterns_of_anogenital_injury/links/55103c700cf2a8dd79bc3c1d.pdf
 23. Chiffres clés - Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes [Internet]. Disponible sur: <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Les-chiffres-de-reference-sur-les.html>
 24. Faye Dieme ME, Traore AL, Gueye SMK, Moreira PM, Diouf A, Moreau J-C. Profil épidémioclinique et prise en charge des victimes d'abus sexuels à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. juin 2008;37(4):358-64.
 25. Infographique : La violence contre les femmes [Internet]. Siège. Disponible sur: <http://www.unwomen.org/fr/digital-library/multimedia/2015/11/infographic-violence-against-women>
 26. Ces femmes agresseuses sexuelles. [Internet]. Educatout. Disponible sur: <http://www.educatout.com/edu-conseils/sexualite-pnl/ces-femmes-agresseuses-sexuelles.htm>
 27. Dupont M, Rey-Salmon C, Messerschmitt P, Marty F. Violences sexuelles à l'adolescence : constats et réflexions. Analyse de la population adolescente reçue pour suspicion de violences sexuelles à l'unité médico-judiciaire de Paris.

- Neuropsychiatr Enfance Adolesc. janv 2015;63(1):36-43.
28. Alter-Reid K, Gibbs MS, Lachenmeyer JR, Sigal J, Massoth NA. Sexual abuse of children: A review of the empirical findings. *Clin Psychol Rev.* 1 janv 1986;6(4):249-66.
29. Keating SM, Higgs DF, Willott GM, Stedman LR. Sexual assault patterns. *J - Forensic Sci Soc.* avr 1990;30(2):71-88.
30. Saint-Martin P, Bouyssy M, O'Byrne P. Analysis of 756 cases of sexual assault in Tours (France): medico-legal findings and judicial outcomes. *Med Sci Law.* 10 janv 2007;47(4):315-24.
31. Dupont M, Messerschmitt P, Vila G, Bohu D, Rey-Salmon C. Le processus de révélation dans les agressions sexuelles intrafamiliales et extrafamiliales sur mineurs. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* août 2014;172(6):426-31.
32. Elliott DM, Mok DS, Briere J. Adult sexual assault: prevalence, symptomatology, and sex differences in the general population. *J Trauma Stress.* juin 2004;17(3):203-11.
33. Fileborn B. Sexual Assault and Justice for Older Women A Critical Review of the Literature. *Trauma Violence Abuse.* 31 mars 2016;1524838016641666.
34. Michèle C. National Intimate Partner and Sexual Violence Survey NISVS. National Center for Injury Prevention and Control [Internet]. Disponible sur: http://vawnet.org/Assoc_Files_VAWnet/NRCWebinar_NISVSBriefingHandout.pdf
35. Jaspard et al. Les violences envers les femmes. Une enquête nationale. [Internet]. Disponible sur: http://cahiers_du_genre.pouchet.cnrs.fr/pdf/NLCdG36.pdf
36. Bécour B, Vasseur P, Chuc A, Renaud B. Violences sexuelles conjugales à Paris : étude analytique prospective de 100 cas. *Médecine Droit.* juill 2014;2014(127):89-95.
37. Cohidon C. Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête "santé mentale en population générale : images et réalités", Institut de veille sanitaire [Internet]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/publications/2007/prevalence_sante_mentale/prevalence_sante_mentale.pdf
38. Laveissière M., Pélissier C. La contraception orale en France en 2001 : résultats d'une enquête par sondage portant sur 3609 femmes âgées de 15 à 45 ans. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* mars 2003;31(3):220-9.
39. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortement n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? INED 2004 [Internet]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18727/pop.et.soc.francais.407.fr.pdf
40. L'âge au premier rapport sexuel [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir>

- population/memos-demo/fiches-pedagogiques/l-age-au-premier-rapport-sexuel/
41. Kadhel P, Deloumeaux J, Janky E. Évolution transgénérationnelle de l'âge des principales étapes de la vie reproductive en Guadeloupe. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* avr 2013;41(4):255-9.
 42. INPES. Données statistiques 2012 [Internet]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/sante-handicap/france/statistiques.asp>
 43. AGEFIPH. Les personnes handicapées et l'emploi, Juin 2014 [Internet]. Disponible sur: http://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/score/Actualites/ChiffresClesAGEFIPH_FIPHFP_BD.pdf
 44. Association Française des aidants. Résultats de l'enquête nationale à destination des aidants, Dec 2013 [Internet]. Disponible sur: http://www.aidants.fr/images/RESULTATS_ENQUETE_NATIONALE_ASSOCIATION_FRANCAISE_DES_AIDANTS_vf.pdf
 45. Young ME, Nosek MA, Howland C, Chanpong G, Rintala DH. Prevalence of abuse of women with physical disabilities. *Arch Phys Med Rehabil.* déc 1997;78(12 Suppl 5):S34-38.
 46. Morano JP. Sexual Abuse of the Mentally Retarded Patient : Medical and Legal Analysis for the Primary Care Physician. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2001;3(3):126-35.
 47. Tharinger D, Horton CB, Millea S. Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. *Child Abuse Negl.* 1 janv 1990;14(3):301-12.
 48. Baladerian NJ. Sexual abuse of people with developmental disabilities. *Sex Disabil.* déc 1991;9(4):323-35.
 49. Jones JS, Wynn BN, Kroeze B, Dunnuck C, Rossman L. Comparison of sexual assaults by strangers versus known assailants in a community-based population. *Am J Emerg Med.* oct 2004;22(6):454-9.
 50. Questel F, Sec I, Sicot R, Pourriat J-L. Soumission chimique : administration de psychotropes à l'insu d'une victime à des fins d'agression. *Presse Médicale.* juill 2009;38(7-8):1049-55.
 51. Jones JS, Wynn BN, Kroeze B, Dunnuck C, Rossman L. Comparison of sexual assaults by strangers versus known assailants in a community-based population. *Am J Emerg Med.* oct 2004;22(6):454-9.
 52. Pesola GR, Westfal RE, Kuffner CA. Emergency department characteristics of male sexual assault. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med.* août 1999;6(8):792-8.
 53. Alempijevic D, Savic S, Pavlekic S, Jecmenica D. Severity of injuries among sexual assault victims. *J Forensic Leg Med.* juill 2007;14(5):266-9.
 54. Bowyer L, Dalton ME. Female victims of rape and their genital injuries. *BJOG Int*

- J Obstet Gynaecol. 1 mai 1997;104(5):617-20.
55. Dowd MD, Fitzmaurice L, Knapp JF, Mooney D. The interpretation of urogenital findings in children with straddle injuries. *J Pediatr Surg.* janv 1994;29(1):7-10.
56. Grossin C, Sibille I, Lorin de la Grandmaison G, Banasr A, Brion F, Durigon M. Analysis of 418 cases of sexual assault. *Forensic Sci Int.* 28 janv 2003;131(2-3):125-30.
57. Slaughter L, Brown CR, Crowley S, Peck R. Patterns of genital injury in female sexual assault victims. *Am J Obstet Gynecol.* mars 1997;176(3):609-16.
58. Slaughter L, Brown CRV. Cervical findings in rape victims. *Am J Obstet Gynecol.* 1 févr 1991;164(2):528-9.
59. Chevrant-Breton O, Siproudhis L, Eudier F, Piette E, Leingre-Marion C. Traumatismes chez la femme au cours de l'acte sexuel. [Internet]. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/1883/resultatrecherche/1>
60. Bouvet R. La constatation des violences physiques. [Internet]. Disponible sur: <https://facmed.univ-rennes1.fr/wkf/stock/RENNES20080310114737rebouvetviolences.pdf>
61. Soares-Boucaud, Ravit M. Maltraitements et abus sexuels chez l'enfant - EM Premium [Internet]. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/1004041/resultatrecherche/3>
62. Vasseur P. Profil de femmes victimes de violences conjugales [Internet]. *La presse médicale* Vol 33, Dec 2004, p 1566-1568. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498204989932>
63. Manoudi F, Chagh R, Es-soussi M, Asri F, Tazi I. Violence familiale. *L'Encéphale.* sept 2013;39(4):271-7.
64. Jones JS, Alexander C, Wynn BN, Rossman L, Dunnuck C. Why Women Don't Report Sexual Assault to the Police: The Influence of Psychosocial Variables and Traumatic Injury. *J Emerg Med.* mai 2009;36(4):417-24.
65. Dossier spécial: Agressions sexuelles | Le CDÉACF [Internet]. Disponible sur: <http://cdeacf.ca/agressionnondenoncee>
66. Vasseur P. Traumatisme psychique des victimes d'agressions sexuelles avec possible soumission chimique. *Prise en charge UMJ. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* mars 2015;173(2):168-73.
67. Ernoul A, Orsat M, Dubois de Prisque G. Agressions sexuelles et scarifications à l'adolescence. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* [Internet]. août 2015 Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448715002280>
68. Bouchard E-M, Tourigny M, Joly J, Hébert M, Cyr M. Les conséquences à long terme de la violence sexuelle, physique et psychologique vécue pendant l'enfance. *Rev d'Épidémiologie Santé Publique.* oct 2008;56(5):333-44.

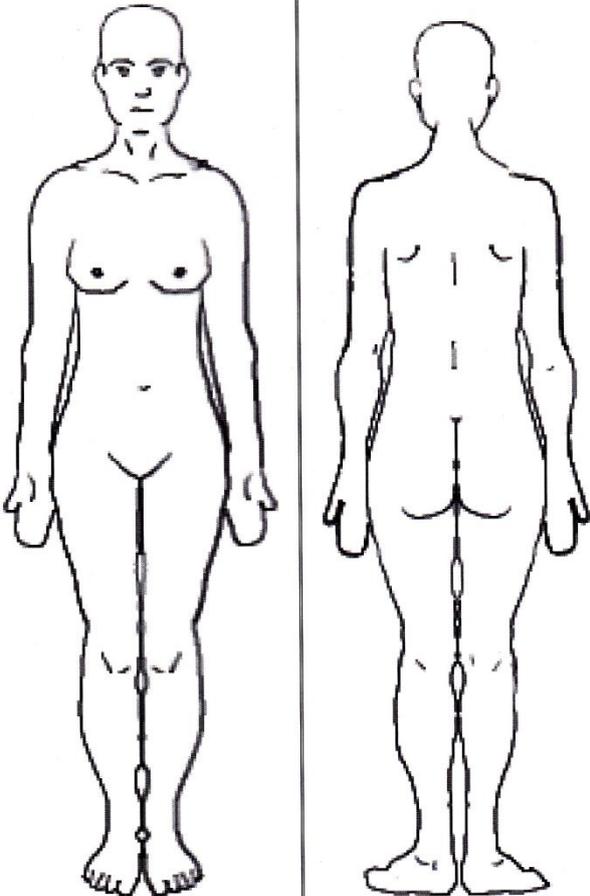
69. Kayser M, de Knijff P. Improving human forensics through advances in genetics, genomics and molecular biology. *Nat Rev Genet.* mars 2011;12(3):179-92.
70. Welch J, Mason F. Rape and sexual assault, *BMJ* Vol 334, Juin 2007 [Internet]. Disponible sur: <http://genderbias.net/docs/resources/guideline/Rape%20and%20sexual%20assault.pdf>
71. Guillet-May F, Guy-Poulizac G, Muhlstein J, Rabaud C, Judlin P. Management of sexual violence. *Médecine Mal Infect.* juin 2007;37, Supplement 1:S18-20.
72. Pialoux G. Suivi et prise en charge thérapeutique de l'infection au VIH en 2005. *EMC - Médecine.* déc 2005;2(6):577-84.
73. Pepin G, Gaillard Y, Cheze M, Goulle J-P. Le GHB dans les phanères : résultats et interprétation. *J Médecine Légale Droit Méd.* 2003;46(2):93-100.
74. Kintz P, Mangin P. Expertises judiciaires à partir d'échantillons de cheveux. In: *Journal de médecine légale droit médical* [Internet]. ESKA; 1995 p. 241-4. Disponible sur: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=3615026>
75. Benais J-P. Examens et procédures chez une personne victime de sévices sexuels. [Internet]. 6 mai 2008. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/159906/resultatrecherche/17>

VIII. Annexes

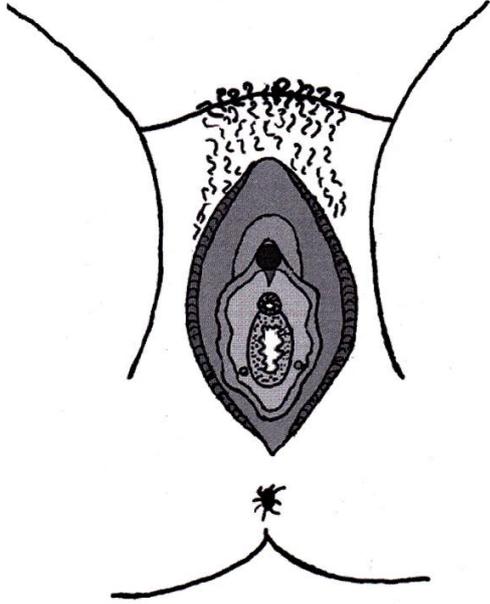
Annexe 1 : Triptyque utilisé lors des consultations

CHRU LILLE - Unité Médico-Judiciaire	
<p><u>NOM et Prénom :</u></p> <p><u>date naissance :</u> (Age:)</p> <p><u>adresse :</u></p>	<p style="text-align: right;">Date : _____</p> <p style="text-align: right;">Heure : _____</p> <p>Réquisition <input type="checkbox"/></p> <p>Certificat simple <input type="checkbox"/></p> <p>remis : à l'intéressé(e) <input type="checkbox"/> au père <input type="checkbox"/> à la mère <input type="checkbox"/></p>
DIRES DU CONSULTANT	
<p><u>1 - Motif de la consultation, date, heure et lieu des faits</u></p> <p><u>2 - Agent vulnérant :</u></p> <p><u>3 - Suites :</u></p> <p><u>4 - Allégations :</u></p> <p><u>5 - antécédents :</u></p>	<p><u>6 - Examen clinique :</u> Droitier / Gaucher</p> <p>Taille : _____ cm - Poids : _____ kg</p>
<p><u>CONCLUSION + I.T.T</u></p>	

Annexe 2 : Triptyque spécifique aux consultations de violences sexuelles (1)

<p>Nom du médecin légiste : Date et heure de l'examen : Réquisition de M : Identité de la personne examinée : Termes de la mission :</p>	<p>Nom du gynécologue obstétricien : Lieu de l'examen : OPJ sur place :</p>
<p>Tierce personne accompagnant la personne examinée : Statut familial de la victime : Mariée <input type="checkbox"/> Divorcée <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Conjointe <input type="checkbox"/></p>	
<p>LES FAITS Date de l'agression : Nombre d'agresseur(s) : Description des faits :</p>	
<p>Délai jusqu'à l'examen : Connu(s) : <input type="checkbox"/> Inconnu(s) : <input type="checkbox"/></p>	
<p>Violences ou sévices associés : Armes ou objets utilisés : Médicaments ou toxiques pris avant l'agression : après l'agression : Circonstances de l'agression : Pénétration vaginale : <input type="checkbox"/> Pénétration anale : <input type="checkbox"/> Fellation : <input type="checkbox"/> Utilisation de préservatifs : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Ejaculation : <input type="checkbox"/> Saignement : <input type="checkbox"/> type : Toilette intime depuis l'agression : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	
<p>DOLEANCES</p>	
<p>EXAMEN CLINIQUE GENERAL Antécédents médico chirurgicaux notables :</p> <p>Prise de traitement :</p> <p>Antécédents gynécologiques :</p> <p>Contraception : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Laquelle : IST connue(s) : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> La(es)quelle(s) : Virginité avant l'agression : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Antécédents obstétricaux :</p> <p>DDR : Etat du cycle actuel : Date et heure du dernier rapport sexuel librement consenti : Utilisation de préservatif : <input type="checkbox"/> Date et heure d'éventuels rapports sexuels depuis l'agression : Utilisation de préservatif : <input type="checkbox"/></p> <p>Devenir des vêtements :</p> <p>Remarques et précisions :</p> <p>Le reste de l'examen clinique général ne permet pas d'autres constatations utiles.</p>	

Annexe 3 : Triptyque spécifique aux consultations de violences sexuelles (2)

<p>EXAMEN CLINIQUE GENITAL L'examen génital est réalisé en décubitus dorsal</p> <p>Description : Petites lèvres : Grandes lèvres : Hymen : aspect : Fourchette postérieure : Examen au spéculum : Ecoulement de liquide : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> type : Toucher vaginal : Examen anal : Ecoulement de liquide : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> type : Remarques et précisions :</p> <p>Le reste de l'examen clinique génital ne permet pas d'autres constatations utiles.</p>	
<p>PRELEVEMENTS - SCELLES Nombre de scellés et types pour recherche ADN :</p> <p>Nombre de scellés et type pour recherche toxicologique :</p> <p>Ces prélèvements ont été transmis aux services de police <input type="checkbox"/> gendarmerie <input type="checkbox"/> présents sur place.</p>	
<p>THERAPEUTIQUES Des prélèvements à la recherche de pathologies infectieuses ont été réalisés lors de l'examen (hépatite B <input type="checkbox"/> hépatite C <input type="checkbox"/> VIH après accord de la patiente <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> Chlamydiae <input type="checkbox"/> Syphilis <input type="checkbox"/> Mycoplasme <input type="checkbox"/>). Un bilan biologique pré thérapeutique a été réalisé avant la mise en route du traitement anti rétroviral : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Une thérapeutique anti rétrovirale a été instaurée pour 3 jours, avec consultation à effectuer au CH DRON de Tourcoing à 48h : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Une injection d'immunoglobulines anti VHB a été effectuée : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Autres :</p>	
<p>DISCUSSION ET CONCLUSION</p>	
<p>Date : Signatures :</p>	

AUTEUR : TOURNEUR Thomas

Date de Soutenance : 03 Juin 2016

**Titre de la Thèse : Agressions sexuelles dans la région Lilloise :
étude descriptive rétrospective sur 3 ans**

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Médecine Légale

DES + spécialité : Médecine générale, Médecine Légale

Mots-clés : Agressions sexuelles, violences sexuelles, viols

Les violences sexuelles sont fréquemment rencontrées en pratique médico-légale.

Le travail présenté a recueilli les informations de 769 certificats de victimes d'agressions sexuelles reçues à l'Unité Médico-Judiciaire au CHRU de Lille entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2014. Les caractéristiques des victimes, de l'agression, de l'examen médical et des prélèvements biologiques à l'issu ont été collectés et, des comparaisons entre certaines données ont été réalisés par des tests de Chi2.

La majorité des victimes étaient jeunes (62% de mineures), de sexe féminin (86.7%) et le principal facteur de vulnérabilité était l'âge inférieur à 15 ans (45.6%). L'agresseur était généralement unique (81.7%), connu de sa victime (70.7%), voire membre du cercle familial (32.7%). L'examen médical était généralement fait à distance des faits (39.4% d'examens en urgence). En situation d'urgence, le médecin était en capacité de se prononcer sur la compatibilité entre les lésions et les faits décrits dans 23.5% et procédait généralement à des prélèvements biologiques (94.5% ayant eu au moins un prélèvement génétique ou toxicologique). A l'inverse, la compatibilité entre examen médical et faits décrits a été retenu dans 9.6% des cas et moins d'une victime sur 10 (9.9%) a bénéficié d'un prélèvement lors des examens à distance (c'est à dire après 72h). Un délai de consultation inférieur à 72h était corrélé statistiquement avec la possibilité de conclure pour le médecin ($X^2=36,50$). De même, la présence de lésions extra-génitales ou génitales est associée à la possibilité de conclure pour le médecin ($X^2=11,6$) et entre la présence de lésion génitale et le délai de consultation inférieur à 72h ($X^2=4,44$). Les suites judiciaires ne nous ont pas été transmises et n'ont pas pu être étudiées.

Les violences sexuelles restent probablement sous déclarée et il existe toujours un délai important entre les faits et l'examen, notamment pour les victimes mineures. Le délai avant consultation est apparu comme le paramètre le plus important au cours de la prise en charge des victimes. A l'heure actuelle moins d'une victime sur deux est examinée en urgence, il serait bénéfique de réduire ce délai à l'avenir, en particulier pour les victimes mineures.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur V. HEDOUIN

Assesseurs : Monsieur le Professeur C. BERKOUT

Monsieur le Docteur G. TOURNEL

Monsieur le Docteur P. HANNEQUART

Monsieur le Docteur E. LAURIER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur E. LE GARFF